

DE LA
PLEURÉSIE PURULENTE
LATENTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE MERCREDI 13 MARS 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. J.-A. VATÉ

INTERNE DES HÔPITAUX

Né à Tincry (Meurthe), le 20 Octobre 1863

Examineurs : { MM. SPILLMANN, professeur, *Président*.
HECHT.
SCHMITT.
ROHMER.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1889



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0029

DE LA
PLEURÉSIE PURULENTE
LATENTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE MERCREDI 13 MARS 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. J.-A. VATÉ

INTERNE DES HÔPITAUX

Né à Tincry (Meurthe), le 20 Octobre 1863

Examineurs : { MM. SPILLMANN, professeur, *Président*.
HECHT.
SCHMITT.
ROHMER.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C ✱, TOURDES O ✱.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, TOURDES O ✱, V. PARISOT ✱,
HERRGOTT ✱, ROUSSEL ✱, DEMANGE ✱, BÉCHET.

Matière médicale et Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT ✱, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques..	M. FELTZ ✱, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, professeur.
Clinique obstétricale et accouchements....	{ M. A. HERRGOTT, professeur.
	{ M. E. PARISOT, professeur adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicales.	M. MACÉ, agrégé, chargé du cours.
Histologie.....	M. BARABAN, agrégé, chargé du cours.
Médecine légale.....	M. N..., professeur.
Anatomie descriptive.....	M. N..., professeur.

COURS ANNEXES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. E. DEMANGE, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. SCHMITT, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT.	MM. MACÉ.	MM. VAUTRIN.
ROHMER.	GUÉRIN.	SIMON.
BARABAN.	RENÉ.	REMY.
BAGNÉRIS.	NICOLAS.	P. PARISOT.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, E. DEMANGE.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ✱, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON ONCLE

L'ABBÉ VATÉ, AUMÔNIER DU LYCÉE DE NANCY

A MA TANTE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES GRANDS PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

A MES MAÎTRES ET AMIS
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROHMER
ET MONSIEUR LE DOCTEUR P. HAUSHALTER
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

A TOUS MES PROFESSEURS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Durant notre année d'internat dans le service de M. le professeur Spillmann, nous avons eu l'occasion d'observer trois cas de pleurésie purulente, dont un suivi d'autopsie. Les caractères cliniques, la marche et l'étiologie, présentaient dans ces trois cas un tableau tout différent de celui de la pleurésie purulente vulgaire. Nous avons cru intéressant d'analyser ces observations et de rassembler les cas similaires. Nous comptons décrire sous le nom de *pleurésie purulente latente*, une forme spéciale d'inflammation pleurale dont l'étude est jusqu'à ce jour fort incomplète.

Comme les termes n'ont de valeur qu'autant qu'on leur en donne, nous croyons nécessaire, avant tout, de nous expliquer sur le sens que nous entendons attribuer aux mots de *pleurésie purulente latente*.

Quand peut-on dire qu'une pleurésie est purulente? La réponse à cette question, si simple au premier abord, ne laisse pas que d'être embarrassante. Billroth avait cru pouvoir faire de la présence de globules de pus dans l'épanchement pleu-

rétiqne la caractéristique de l'affection. Si l'opinion du professeur de Vienne avait été vraie, le simple examen microscopique aurait donc permis de distinguer immédiatement la pleurésie séreuse de la pleurésie purulente, mais il n'en est rien. Il résulte en effet, des recherches de Laboulbène, que tous les épanchements séreux de la plèvre renferment des globules purulents dès les premiers jours de leur existence.

Histologiquement la question n'aurait donc pas à être posée et toutes les pleurésies, si l'on s'en rapportait à cette seule donnée, seraient purulentes. Mais, comme le fait très bien remarquer M. Moutard-Martin (1), la clinique n'admet pas cette confusion ; et il prétend, non sans raison, qu'il faut maintenir une distinction bien tranchée entre la pleurésie séreuse et la pleurésie purulente. Tout en admettant pleinement l'opinion de cet auteur pour ce qui concerne la pleurésie purulente aiguë franche, nous ne croyons pas qu'on puisse la généraliser, et nous faisons pour la pleurésie purulente latente des restrictions que nous nous réservons de justifier plus tard.

La purulence d'un épanchement serait donc caractérisée, non par la présence seule de globules purulents, puisqu'ils existent toujours, mais bien par leur quantité.

(1) Moutard-Martin. — *De la pleurésie purulente et de son traitement*. Paris, 1872, chapitre I^{er}.

Encore faut-il s'entendre sur la signification du mot pus. Habituellement quand on parle de pus on a en vue un liquide, un sérum, contenant en suspension une plus ou moins grande quantité d'éléments bien définis, appelés globules de pus, globules blancs ou leucocytes. Pour nous, le mot globule de pus ne signifie pas seulement leucocyte dans le sens restreint de ce mot ; c'est une cellule morte, un cadavre cellulaire, qui a pu subir les différentes transformations ou dégénérescences auxquelles sont exposés tous les éléments figurés de l'organisme.

Ces distinctions, si longues et si fastidieuses qu'elles paraissent, sont cependant nécessaires pour bien comprendre la nature de l'affection qui nous occupe. Elles sont du reste implicitement contenues dans la très large définition que donne de la pleurésie purulente M. Vidal dans le Dictionnaire des Sciences Médicales : « Un épanchement est dit purulent, lorsque au lieu d'être séreux et transparent, il a l'aspect du pus. » C'est donc d'après l'aspect du liquide que l'on posera le diagnostic de la purulence de l'épanchement. Mais c'est là une donnée bien vague. En effet, toutes les pleurésies séreuses chroniques, de par leur chronicité même, tendent à la purulence ; mais cette transformation est très lente ; et, s'il y a une différence bien tranchée entre le liquide de deux ponctions faites à plusieurs mois d'intervalle, on comprend qu'il y ait toute une série d'intermédiaires

sur la purulence desquels on serait fort en peine de se prononcer.

Toutefois comme l'aspect du liquide est à peu près la seule donnée que nous possédions pour apprécier son degré de purulence, force nous est bien de nous en contenter. Cette approximation est largement suffisante en clinique dans la plupart des cas.

Le second grand caractère de l'inflammation pleurale que nous décrivons, et qui fait contraste avec le précédent, c'est la tolérance remarquable et presque indéfinie de la plèvre et de l'organisme pour le pus. Aussi à l'épithète de *purulente* ajoutons-nous celle de *latente*.

En prenant la description de la pleurésie purulente dans les auteurs classiques, dans la thèse d'agrégation de M. Damaschino, dans le mémoire de M. Moutard-Martin, dans l'article de MM. Fernet et d'Heilly du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, ou dans celui de M. Widal du dictionnaire des sciences médicales, etc., nous voyons que c'est une affection tantôt aiguë tantôt chronique, qui, avec les signes ordinaires d'un épanchement pleural, aboutit plus ou moins rapidement, selon les cas, mais à peu près invariablement, à un état général grave, à une cachexie, qui se prononce de plus en plus et peut même amener la mort par ses seuls progrès ; mais le plus souvent, le pus tend à se faire jour à l'extérieur, tantôt par la voie bronchique, tantôt à travers la

paroi costale. Que le pus ait été évacué par vomique ou bien par une fistule thoracique, deux éventualités peuvent se présenter : ou bien la guérison survient après une suppuration plus ou moins prolongée, après des péripéties nombreuses ; ou bien, après une amélioration passagère et de durée variable, la fièvre hectique reparaît, les membres inférieurs s'œdematient et le malade succombe dans le marasme.

Telle est, dans ses lignes essentielles, la pleurésie purulente, caractérisée en somme par l'intolérance constante de la plèvre et de l'organisme pour le pus. Mais, à côté de ce type que tout clinicien a rencontré et connaît, dont la description est aujourd'hui aussi complète que possible, nous avons pu observer des épanchements pleuraux purulents, avec un ensemble symptomatique bien différent. Le pus était presque indéfiniment toléré, sans tendance à se faire jour au dehors ; le malade ne présentait aucun des accidents généraux graves qui accompagnent ordinairement la suppuration de la plèvre, il n'en éprouvait d'autre inconvénient que la gêne mécanique apportée à la respiration. Le jour où, le diagnostic de pleurésie étant fait, on pratiquait la thoracentèse, on retirait une grande quantité de liquide purulent dont la présence n'avait pas été soupçonnée. Il y avait donc bien loin de ces cas aux pleurésies purulentes, dont nous avons rappelé les traits principaux, aussi loin que de ces abcès froids souvent latents, sup-

portés pendant des années sans que l'économie en paraisse atteinte, aux abcès chauds phlegmoneux, dont le développement s'accompagne de phénomènes généraux intenses et qui s'ouvrent de vive force une voie vers l'extérieur.

Si cette forme de pleurésie diffère des autres épanchements pleuraux purulents, par sa marche et ses symptômes, elle en diffère aussi par son étiologie.

La plupart du temps en effet la pleurésie purulente est secondaire et survient : soit à titre d'épiphénomène dans le cours de maladies générales telles que les fièvres éruptives, la pyohémie, la fièvre typhoïde, la morve, la méningite cérébro-spinale, la fièvre urineuse, etc., et cela surtout quand il s'y ajoute des causes d'affaiblissement ou de dénutrition de l'organisme, telles que l'alcoolisme, le mal de Bright, les privations prolongées, les grands traumatismes ; ou bien comme complication d'une lésion locale telle que les traumatismes de toute sorte de la cavité thoracique, plaies pénétrantes de poitrine, fractures de côtes, ruptures de l'œsophage, gangrène pulmonaire, ouverture dans la plèvre d'abcès de l'aisselle, de noyaux de broncho-pneumonie suppurée, de cavernes pulmonaires, de kystes hydatiques ou d'abcès du foie, etc.

Au contraire, dans le cas particulier qui nous occupe, l'inflammation de la plèvre est généralement primitive et survient chez un individu sain en apparence et ayant ordinairement joui jusque

là d'une bonne santé. Son étiologie, sa marche et ses symptômes, la rapprochent des pleurésies séreuses chroniques bien plutôt que des pleurésies purulentes.

Or, dans la grande majorité des cas, la diathèse tuberculeuse serait l'origine des épanchements séreux, ainsi que tendent à le démontrer les travaux de Landouzy, de Kelsch et Vaillard. En serait-il de même de la pleurésie purulente latente ? C'est ce qui semble résulter de l'ensemble de nos observations.

La marche, les symptômes, l'étiologie même sont identiques à ceux de la pleurésie séreuse vulgaire ; on peut même se demander si elle n'en serait pas une variété ou tout au moins une des terminaisons ? En tous cas elle est le plus souvent, sinon toujours, une pleurésie tuberculeuse. Cette donnée ressortira de l'étude que nous allons entreprendre.

Voici le plan de notre travail : la première partie est consacrée à un historique rapide et aux observations.

Le premier chapitre renferme l'étude clinique de l'affection, sa marche, sa durée et ses terminaisons.

Le second chapitre traite de l'étiologie.

Le troisième de l'anatomie pathologique et de la pathogénie.

Le quatrième enfin du traitement.

Mais avant d'aller plus loin, nous nous faisons

un devoir, en dédiant cette thèse à notre éminent et vénéré maître, M. le professeur P. Spillmann, de lui témoigner ici publiquement notre profonde reconnaissance pour la haute bienveillance dont il nous a toujours honoré, pendant le temps trop court à notre gré, que nous avons passé dans son service, d'abord comme externe, puis comme interne.

Nous avons contracté envers lui une dette dont il nous sera difficile de nous acquitter.

Nous remercions MM. les professeurs V. Parisot, Gross et A. Hergott, de l'intérêt qu'ils nous ont porté durant notre temps d'externat dans leurs services.

Nous prions M. le professeur agrégé Rohmer, qui n'a cessé de nous témoigner sa vive sympathie pendant notre internat en ophtalmologie, d'agréer l'hommage de notre reconnaissance.

Enfin, que notre excellent ami le docteur P. Haushalter, chef de clinique médicale, dont la science et l'expérience nous avaient déjà été si précieuses, pendant notre année d'internat en médecine, nous permette, en le nommant dans la dédicace de cet ouvrage, de lui exprimer notre sincère et affectueuse gratitude pour les bons conseils qu'il nous a donnés dans la rédaction de ce travail.

HISTORIQUE

Le sujet que nous abordons a été peu étudié. En parcourant les recueils d'observations cliniques, les revues et les journaux médicaux, on trouve des cas de pleurésie purulente analogues à ceux que nous avons observés. Mais la plupart du temps, les auteurs qui en font mention les rapportent à propos d'une toute autre thèse et ne paraissent pas avoir été frappés de l'évolution anormale de la maladie.

Guéneau de Mussy, le premier, a relaté en 1872, dans une leçon sur *la thoracentèse dans les épanchements pleuraux anciens* deux cas de pleurésie purulente ancienne, qui peuvent être considérés comme des types achevés de pleurésie purulente latente. Il insiste sur la disparition des leucocytes et la transformation du pus en une émulsion de matières grasses : « transformation qui le rend inaltérable et inoffensif pour les tissus avec lesquels il se trouve en contact, et fait que les désordres produits par un épanchement de cette nature se réduisent à des troubles purement mécaniques. »

En 1881, M. Debove communique une observation nouvelle à la Société médicale des hôpitaux de Paris; il fait une étude très détaillée de l'épanchement et des lésions de la plèvre; mais son interprétation diffère de celle de M. Guéneau de Mussy. Tandis que celui-ci ne voyait dans l'émulsion grasseuse que la transformation d'un épanchement pleurétique primitivement purulent, M. Debove incline à regarder cette affection de la plèvre comme étant de nature spéciale encore inconnue, mais distincte de la pleurésie. Une de ses élèves, Madame Perrée, dans une thèse intitulée: *Étude sur les épanchements chyloformes des cavités séreuses* se chargea de défendre les idées de son maître.

En même temps que M. Debove publiait sa première observation, un interne des hôpitaux de Paris, le docteur Sainton en réunissait douze autres et faisait dans sa thèse inaugurale intitulée: *Étude sur une variété bénigne et latente d'empyème*, une bonne description clinique de l'affection, mais il en exagère trop la bénignité qui n'est en somme que relative.

La même année M. Hérard publiait une nouvelle observation.

Depuis cette époque, la plupart des auteurs classiques décrivent, sous les noms variés de pleurésie grasseuse, d'empyème latent, d'empyème bénin, d'épanchement chyloforme de la plèvre, l'affection qui nous occupe.

En 1887, M. Debove communique à la Société médicale des hôpitaux de Paris quatre observations nouvelles dont trois personnelles et une quatrième due à M. Desplats de Lille. A l'occasion de ces observations M. Debove a discuté fort judicieusement le traitement de ces pleurésies.

La même année, MM. Spillmann et Haushalter publiaient dans les *Annales de clinique médicale* parues dans la *Revue Médicale de l'Est*, une des observations qui nous sont personnelles et émettaient l'idée que cette forme d'inflammation pleurale pouvait être considérée comme un véritable *abcès froid* de la plèvre.

Enfin en 1888, un agrégé de la faculté de médecine de Lyon, M. Bouveret, consacrait dans son remarquable travail intitulé : *Traité de l'empyème* tout un chapitre à ce qu'il nomme *l'empyème graisseux* qui n'est autre chose que la pleurésie purulente latente. Il rend compte des observations de Guéneau de Mussy, de Debove, de Sainton, auxquelles il ajoute une observation personnelle très intéressante : il décrit les caractères cliniques de l'affection, les lésions observées dans les rares autopsies, mais en somme il s'abstient de toute conclusion relativement à l'étiologie et à la pathogénie.

Nous reviendrons du reste sur cet ouvrage, nous réservant de lui faire de fréquents emprunts.

Tels sont les travaux qui ont paru sur le sujet qui nous occupe. La question n'est pas tout à fait

neuve, comme on le voit ; mais si certaines de ses parties ont été traitées et très bien traitées, il en est d'autres en revanche qui ont été négligées, et en particulier les questions de l'étiologie et de la pathogénie. Nous inspirant des idées et des enseignements de notre maître, nous nous efforcerons de combler cette lacune dans notre travail, et si nous arrivons à ce résultat, nous croirons avoir fait œuvre utile.

OBSERVATIONS

Observation I. — (Inédite, recueillie par notre ami et collègue, de Langenhagen). — Homme de 28 ans. — Soldat au Tonkin. — Pleurésie purulente latente datant de un an. — Sept thoracentèses suivies d'injections iodoformées pratiquées dans l'espace de cinq mois. — L'épanchement ne se reproduit plus. — Mort six mois après la dernière thoracentèse à la suite d'une tuberculose généralisée.

Le nommé K..., âgé de 28 ans, entre à l'hôpital civil de Nancy, service de M. le professeur Spillmann, le 19 janvier 1887. Il a fait deux congés dans la légion étrangère et a été réformé au cours de la campagne du Tonkin. — Sa mère serait morte de tuberculose pulmonaire et son père aurait succombé à une affection aiguë qu'il ne peut préciser. — Il n'accuse pas de maladies antérieures et ne serait malade que depuis environ un an.

A la fin du mois de décembre 1885, étant au Tonkin, il commença à tousser et eut des points de côté violents. — Le 14 janvier 1886 il entra à l'hôpital de Haïphong; il y resta trois mois, et il prétend ne pas se souvenir de ce qui s'est passé pendant ce temps.

Au milieu du mois d'avril, il fut évacué sur Oran, puis rentra en France; il est entré à l'hôpital de Lunéville au mois de mai et il en est sorti avant-hier.

Etat actuel. — 20 janvier 1887. — Apyrexie, malade pâle, amaigri, se plaint de douleurs continues dans le côté gauche, d'oppression et de toux ; ne peut se coucher sur le côté droit. — Expectoration nulle.

Thorax bombé ; voussure très apparente du côté gauche.

En avant : sonorité un peu tympanique sous la clavicule droite ; diminution de la sonorité à partir du deuxième espace intercostal ; respiration supplémentaire dans tout le côté droit.

A gauche, matité compacte dans toute la hauteur et abolition des vibrations thoraciques. On ne perçoit le murmure respiratoire que sous la clavicule près du sternum ; et encore ce bruit semble-t-il être transmis.

En arrière : matité compacte dans tout le côté gauche ; sonorité à droite. — Le côté gauche paraît plus bombé que le droit. — En appliquant la main sur le côté gauche, on perçoit par places les vibrations thoraciques transmises ; ces vibrations sont exagérées du côté droit.

A l'auscultation et à gauche, on entend dans la fosse sus-épineuse et une partie de la fosse sous-épineuse, l'inspiration et l'expiration qui sont légèrement soufflées ; à partir de la partie moyenne de la fosse sous-épineuse on n'entend plus rien. Pectoriloquie aphone et voix nasonnée.

A droite, l'inspiration est rude, soufflante ; l'expiration prolongée dans les fosses sus et sous-épineuses ; après la toux on entend dans la fosse sus-épineuse des râles muqueux fins ; légère bronchophonie au même point. A la base le murmure respiratoire est un peu diminué ; on ne perçoit pas de râles.

En étendant un cordeau de la fourchette sternale à la symphyse pubienne, on ne constate pas de déviation de la pointe du sternum.

Pouls régulier, assez faible. — La pointe du cœur bat

dans le cinquième espace droit un peu au-dessous du mamelon. — Les battements cardiaques se perçoivent d'une façon diffuse à droite du sternum ; on ne constate pas de bruit de souffle ; léger dédoublement du premier bruit et éclat métallique du second.

Langue humide, appétit bon, selles régulières, pas de ballonnement du ventre. — Foie et rate non augmentés de volume.

Insomnies fréquentes par suite de quintes de toux ; sueurs nocturnes.

Thoracentèse. — On fait une ponction avec l'appareil de Potain ; et on retire environ 1600 grammes d'un liquide louche, purulent. Toux et expectoration albumineuse pendant et après la ponction.

21 janvier. — La pointe du cœur bat entre la ligne mammaire droite et la ligne para-sternale. Le souffle que l'on percevait dans la fosse sus-épineuse gauche a disparu et on perçoit nettement de l'œgophonie.

Thoracentèse. — Avec l'appareil de Dieulafoy, on fait une nouvelle ponction qui donne issue à environ 1100 grammes d'un liquide louche qui paraît plus purulent que celui de la veille. On injecte ensuite dans la plèvre le mélange suivant :

Iodoforme	5 grammes
Glycérine.	40 —
Solution phénique à 20/1000 .	60 —

22 janvier. — Violentes quintes de toux hier après la ponction et dans le reste de la journée.

Le malade dit respirer plus facilement ce matin ; peut se coucher sur le côté droit. On ne perçoit plus d'œgophonie.

23 janvier. — A passé une mauvaise nuit. Essoufflements et quintes de toux continuels.

25 janvier. — L'essoufflement ne s'est pas reproduit, il n'y a plus de toux ni de gêne respiratoire ce matin. — La

pointe du cœur bat au niveau de la ligne para-sternale droite.

Son tympanique en avant sous la clavicule gauche. — En arrière, souffle amphorique dans la fosse sus-épineuse ; à partir de la partie moyenne de la fosse sous-épineuse on n'entend plus le murmure respiratoire.

On perçoit les vibrations thoraciques presque jusqu'à la base.

27 janvier. — Le malade se plaint depuis avant-hier soir de douleurs vives dans le côté gauche et d'oppression. Rien de spécial à l'auscultation. — Pas de râles du côté droit.

28 janvier. — L'oppression est moindre qu'hier.

Thoracentèse. — Avec l'aspirateur de Dieulafoy, on retire 2200 gr. de liquide purulent. Vers la fin de l'opération le malade est pris de gêne respiratoire, de toux et d'expectoration albumineuse ; pouls petit, faible, tendance à la syncope ; on lui fait une injection sous-cutanée d'éther pour le remonter, et on injecte ensuite dans la plèvre la même solution à l'iodoforme que précédemment.

Après la thoracentèse la pointe du cœur paraît être au niveau de la ligne para-sternale gauche.

29 janvier. — Le malade se trouve un peu soulagé. Apyrexie persistante.

Le pus retiré hier matin a donné par le repos environ 250 grammes de dépôt blanc, constitué par des leucocytes dont la plupart ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

L'expectoration renferme des bacilles de Koch ; le liquide pleurétique n'en contient pas.

L'urine du malade a été examinée après la ponction du 21 janvier (urine du 22 au 23) ; elle contenait environ de 70 à 80 centigrammes d'iode.

31 janvier. — Le malade se plaint d'une toux continue ; n'a pas dormi cette nuit ; sueurs abondantes. —

La sonorité existe jusqu'au dessous de l'angle de l'omoplate gauche.

2 février. — Depuis quelques jours, le malade est nerveux, triste, maussade; ne veut pas manger, se plaint d'une sensation continuelle d'amertume dans la bouche. Une pièce d'argent, bien décapée, introduite dans sa bouche, se noircit très rapidement.

4 février. — Le malade est moins triste, n'a plus d'idées lipémaniaques.

L'analyse chimique du liquide pleurétique retiré par la dernière ponction, ne décèle pas la présence de l'iode, mais on en trouve encore dans sa salive.

7 février. — Salivation abondante. — Sonorité tympanique aiguë sous la clavicule gauche. En arrière le murmure respiratoire ne s'entend que dans la fosse sus-épineuse. — La pointe du cœur bat sur la ligne para-sternale droite.

16 février. — La salive du malade ne renferme plus d'iode. — Matité compacte sous la clavicule gauche. La pointe du cœur bat entre la ligne para-sternale droite et la ligne mamillaire.

20 février. — On perçoit du souffle et des craquements dans la fosse sus-épineuse droite.

7 mars. — Le malade se plaint de tousser et d'avoir mal à la gorge, dit avoir de la peine à avaler; il existe un peu d'oppression. — L'examen du fond de la gorge ne décèle rien de particulier.

En avant la matité existe maintenant jusqu'au dessus de la clavicule. La pointe du cœur bat à un travers de doigt en dedans de la ligne mamillaire droite. — En arrière: respiration rude et soufflante dans la fosse sus-épineuse droite, avec expiration prolongée. — A gauche, on n'entend qu'un peu d'expiration soufflée dans la fosse sus-épineuse.

9 mars. — *Thoracentèse* (4^e). — On retire deux litres de

liquide ayant l'aspect de purée de pois ; après on fait dans la plèvre une nouvelle injection iodoformée.

10 mars. — T. s. 37, m. 37. P. 96. Le malade a eu hier, après la thoracentèse, de la toux et de l'expectoration albumineuse pendant environ deux heures ; néanmoins a mangé comme d'habitude ; ce matin il se trouve très bien, respiration facile ; dit avoir un léger goût d'amertume dans la bouche.

La pointe du cœur bat contre la ligne para-sternale droite. — Il existe un peu de sonorité dans les deux premiers espaces gauches et on perçoit le murmure respiratoire à ce niveau. — En arrière la matité compacte commence à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate, au-dessus on perçoit le bruit vésiculaire.

12 mars. — Le malade dit tousser davantage depuis la dernière ponction ; pas d'expectoration. — Depuis hier le goût d'amertume, dont le malade se plaignait à la suite des injections d'iodoforme, a disparu.

Prétend avoir eu hier soir et ce matin deux selles hémorragiques peu abondantes ; pas de douleurs abdominales, pas de ténésme, ni d'épreintes.

Mêmes signes thoraciques.

19 mars. — On entend la respiration jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate. — Le liquide paraît se reproduire moins vite.

24 mars. — *Thoracentèse* (5^e).. — On retire 1400 gram. d'un liquide qui paraît plus clair qu'auparavant. On injecte de nouveau de l'iodoforme.

25 mars. — Léger mouvement fébrile (37°8 hier soir, 37° ce matin) ; a toussé hier toute la journée ; n'a pas eu la sensation d'amertume habituelle.

On perçoit le murmure vésiculaire avec quelques râles à deux travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate gauche.

On trouve des bacilles de Koch dans le liquide de la dernière ponction.

29 mars. — Le malade se trouve mieux, l'appétit revient, l'oppression a disparu et la toux a diminué.

25 avril. — Le malade est très oppressé ; la pointe du cœur bat à un travers de doigt de la ligne mamillaire droite. — En avant matité compacte sous la clavicule gauche, il existe à peine un peu de sonorité dans l'angle sterno-claviculaire.

En arrière, sonorité et murmure respiratoire dans la fosse sus-épineuse.

Thoracentèse (6^e). — On retire 1650 grammes de liquide purulent. On lave ensuite la plèvre avec environ un litre de liqueur de Van Swieten chauffée à 38°, et on injecte de l'iodoforme.

26 avril. — Apyrexie ; le malade dit avoir éprouvé une sensation de constriction dans la poitrine, pendant toute la journée d'hier, avec douleur rétro-sternale. — Ce matin la pointe du cœur bat contre la ligne para-sternale droite. Sonorité en avant jusqu'au troisième espace gauche ; dans la même zone on perçoit le murmure respiratoire avec quelques sibilances.

En arrière la respiration s'entend jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate.

27 avril. — Hier pendant toute la journée le malade a été maussade, insupportable ; il voulait absolument quitter l'hôpital ; il croit que tout le monde lui veut du mal, refuse de prendre les remèdes et les aliments.

Diarrhée abondante depuis hier (dix à douze selles) ; coliques ; céphalalgie. — Bruit de succussion hippocratique quand le malade imprime des mouvements violents à son thorax.

28 avril. — Le malade s'est calmé ; il a consenti hier

soir à prendre des aliments ; dit avoir toujours de la céphalalgie. — Salivation abondante ; T. hier soir 37°5, 37°8 ce matin.

En avant sonorité dans les deux premiers espaces gauches. — En arrière sonorité et murmure respiratoire jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate gauche. — A droite, souffle persistant dans la fosse sus-épineuse.

30 avril. — La salivation continue ; stomatite mercurielle. — Le malade est encore un peu agité et maussade.

6 mai. — La stomatite a disparu, le malade est calme. Respiration facile.

26 mai. — L'oppression est de nouveau très considérable ; le malade dit que la gêne respiratoire l'empêche de dormir la nuit.

Thoracentèse (7°). — Le liquide retiré de la plèvre est gluant, visqueux, filant comme un liquide de kyste ovarique et présente une teinte chocolat assez foncée.

Lorsqu'on a retiré environ un litre de liquide, le malade est pris d'une syncope, avec pâleur et refroidissement des extrémités, dilatation des pupilles, sueurs froides, angoisse précordiale. On est obligé d'interrompre l'opération et de retirer le trocart.

Le liquide pleurétique a une odeur ammoniacale ; il contient beaucoup de graisse, des globules de pus et des granulations de pigment sanguin.

27 mai. — T. hier soir 37°4, ce matin 37°2. Le malade a assez bien passé la journée d'hier ; mais il n'a cessé de se plaindre d'une violente douleur dans le côté gauche ; à plusieurs reprises a eu dans la journée des sueurs froides.

On ne perçoit plus les battements du cœur à droite du sternum, et on les entend au contraire très bien dans toute la région cardiaque ; leur maximum se trouve entre la ligne mamillaire gauche et le bord gauche du sternum.

28 mai. — A eu hier des douleurs thoraciques assez intenses, avec irradiations dans l'épaule et le bras gauches. — Pas de dyspnée ; toux fréquente, un peu d'expectoration albumineuse.

30 mai. — Les phénomènes douloureux ont cessé et le malade se trouve de nouveau dans le même état qu'avant la ponction. — Il va et vient, n'est nullement gêné pour respirer.

4 août. — Depuis deux mois l'amélioration persiste ; le malade se lève, descend dans la cour et aide l'infirmier dans le service de la salle. Les battements du cœur se perçoivent toujours à gauche du sternum. Sonorité sous la clavicule gauche. — En arrière le murmure vésiculaire quoique très affaibli s'entend presque jusqu'à la base.

5 septembre. — Le malade se plaint depuis deux jours de points de côté à droite. — A l'auscultation, en arrière, on constate la présence de quelques petits foyers de broncho-pneumonie disséminés.

19 septembre. - Depuis une dizaine de jours la température oscille entre 37°8 les matins et 39 les soirs. — Le malade a beaucoup maigri dans ces derniers temps ; a souvent des vertiges lorsqu'il se promène ; s'ennuie beaucoup ; à tout moment veut quitter l'hôpital et refuse de prendre ses médicaments.

Souffle et gros râles muqueux dans la fosse sus-épineuse droite et respiration soufflante dans toute la hauteur.

A gauche diminution de sonorité depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base. — Respiration à peu près normale dans la fosse sus-épineuse. Abolition du murmure respiratoire à la base.

29 Septembre. — T. oscillant entre 38 le matin et 39 le soir. Le malade s'affaiblit et se cachectise. — Toux fréquente ; expectoration muco-purulente ; vomissements.

Souffle cavitair avec gargouillements au sommet droit :

respiration soufflante avec craquements dans toute la hauteur.

A gauche inspiration très rude au sommet avec craquements. — Abolition du murmure respiratoire à la base.

La pointe du cœur bat à sa place normale.

18 octobre. — Fièvre persistante. — L'amaigrissement a beaucoup augmenté depuis quelques jours ; les étouffements deviennent plus fréquents ; dyspnée intense ce matin.

En arrière et à gauche, souffle intense dans la fosse sus-épineuse ; le murmure vésiculaire quoique très affaibli s'entend presque jusqu'à la base.

A droite, souffle dans les fosses sus et sous-épineuses ; ronchus et sibilances fines dans toute la hauteur : inspiration rude et expiration très prolongée à la base. — Un peu au-dessous et en dedans de l'omoplate on entend par moment du tintement métallique très net.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace gauche à un travers de doigt en dehors de la ligne mamillaire. •

21 octobre. — Même état ; au moment où on l'ausculte le malade est pris d'une syncope, extrémités froides, sueurs profuses.

A une heure de l'après-midi, nouvelle syncope qui entraîne la mort.

Autopsie. — A l'ouverture de la cage thoracique on découvre du côté gauche une vaste poche purulente qui a refoulé le poumon vers la colonne vertébrale ; cette poche contient environ 350 c. c. d'un liquide séro-purulent ; ses parois sont tapissées de dépôts fibrineux qui se détachent très facilement. — Cette poche occupe toute la hauteur de la cage thoracique depuis la base jusqu'à quelques centimètres du sommet, où se trouvent des adhérences unissant le poumon à la paroi costale. — La paroi interne de la poche est formée par la plèvre viscérale qui est fortement

épaissie, mais ne présente pas de tubercules à l'œil nu, ni d'ulcérations.

La plèvre droite présente quelques adhérences au sommet.

Poumon gauche. — Ne renferme de tubercules qu'à sa partie toute supérieure qui présente une caverne du volume d'un petit œuf de poule, immédiatement au-dessus de la poche purulente, dont elle est séparée par les adhérences mentionnées plus haut. La zone de parenchyme qui entoure cette caverne et la limite par en bas, est encore infiltrée de tubercules, mais ceux-ci cessent complètement à environ deux centimètres de la paroi inférieure de la caverne ; le poumon crépite jusqu'à la base.

Poumon droit. — Le lobe supérieur présente une grosse caverne du volume d'un œuf et plusieurs caverneules entourant la précédente. — Le reste du parenchyme de ce poumon est absolument infiltré de tubercules jusqu'à la base et présente l'aspect d'un bloc de pneumonie caséeuse ; cependant il surnage quand on le jette dans l'eau.

Cœur. — Tissu de coloration normale. — Endocarde net. — Pas de caillots dans l'artère pulmonaire.

Foie congestionné. — *Rate* assez volumineuse.

Reins. — Décortication facile ; le rein droit est pâle et anémié, le gauche congestionné.

Estomac. — Dilaté, muqueuse saine.

Intestins. — Quelques follicules clos congestionnés, deux sont ulcérés. — Dans le gros intestin, un peu au-dessous de la valvule, existe une ulcération tuberculeuse assez profonde, annulaire.

Ce malade est intéressant à cause de la non reproduction de son épanchement. Cet heureux résultat est-il dû aux injections d'iodoforme ? C'est possible. En tout cas il y a eu amélioration nota-

ble dans son état ; et peut-être une survie assez longue, sinon la guérison, aurait-elle pu être obtenue, si on avait pu le placer dans des conditions hygiéniques plus favorables que celles d'une salle d'hôpital.

Observation II. — Personnelle. — Homme de 30 ans, verrier. — Pleurésie purulente datant de deux ans. — Sept thoracentèses, dont les deux dernières suivies d'un lavage antiseptique. — Vomique. — Pleurotomie.

Le nommé U..., âgé de 30 ans, tailleur sur verre, entre à l'Hôpital civil de Nancy, service de M. le professeur Spillmann, le 10 novembre 1887. Il est marié, sa femme et ses deux enfants sont bien portants. Cette année même il a perdu un de ses frères mort de tuberculose pulmonaire, dans le service. Comme antécédent personnel, aurait eu il y a 5 ans, une petite fébricule qui aurait duré une vingtaine de jours. Tousse depuis trois ans ; au début (mois de février 1885), aurait eu une simple bronchite, sans symptômes généraux. Au mois d'août de la même année, aurait eu un violent point de côté à gauche, et serait resté au lit pendant quinze jours ; aurait été traité par des applications de vésicatoires. Depuis se plaint toujours d'oppression, et a dû renoncer à son métier de tailleur sur verre, pour travailler comme simple manœuvre ; à tout instant, après le moindre effort, il est obligé de s'arrêter, pour reprendre haleine.

La dyspnée allant sans cesse en augmentant, le malade entre le 31 août 1887, dans le service de M. le professeur Heydenreich, suppléé alors par M. le professeur agrégé Rohmer. Le lendemain de son entrée, on pratique la tho-

racentèse et on en retire cinq litres de liquide purulent. - Le 5 septembre, nouvelle thoracentèse, qui donne issue à deux litres de liquide identique. — Dix jours après, troisième ponction, dans laquelle on retire environ un litre et demi de liquide de couleur chocolat; aussitôt après on fait un lavage de la plèvre avec une solution de sublimé à 0 gr. 50 p. 1000. — Le 26 septembre, quatrième ponction, qui donne issue à un litre de liquide rougeâtre, hémorragique; on ne fit pas de lavage. — Enfin le 11 octobre, cinquième thoracentèse, qui donne issue à cinq cents grammes de liquide d'aspect hémorragique. Quelques jours après, le malade quittait l'hôpital. Avant les ponctions, il était très amaigri, depuis il a repris un certain embonpoint, et la respiration est beaucoup plus facile.

Etat actuel. — 11 novembre 1887.

Homme de constitution moyenne, un peu amaigri, teint terreux. — Apyrexie. — Pas de dyspnée. — Pas d'expectoration. — Thorax aplati; la moitié gauche semble plus développée que la moitié droite. La pointe du cœur bat dans le quatrième espace intercostal droit, contre la ligne para-sternale. Sonorité tympanique sous la clavicule droite. Matité tympanique immédiatement sous la clavicule gauche; matité compacte à partir du deuxième espace intercostal gauche jusqu'à la base et dans l'espace semi-lunaire de Traube.

Respiration superficielle avec expiration voilée sous la clavicule droite.

Expiration soufflante sous la clavicule gauche.

En arrière, son obscur dans la fosse sus-épineuse droite, sonorité à la base.

A gauche matité compacte dans toute la hauteur, sauf dans la fosse interscapulaire où il existe de la sonorité.

Respiration renforcée dans la fosse sus-épineuse droite, et murmure vésiculaire normal à la base.

A gauche abolition du murmure respiratoire dans toute la hauteur, sauf à la partie interne de l'angle de l'omoplate, et tout le long de la colonne vertébrale, où l'on perçoit un souffle tubaire doux expiratoire ; à ce même niveau on perçoit de la bronchophonie.

Vibrations thoraciques abolies à gauche.

Bruits du cœur nets, leur maximum se trouve au niveau de l'appendice xyphoïde.

Appétit conservé, langue humide, pas de clapotement stomacal, pas de diarrhée.

Pas de sueurs nocturnes.

Traitement : repos, capsules d'iodoforme.

26 novembre. — Thoracentèse avec l'aiguille n° 2 de l'aspirateur Dieulafoy ; on retire d'abord 1200 grammes de liquide purulent ayant l'aspect de purée de pois ; on injecte ensuite 350 gr. d'une solution de sublimé à 0,50 p. 1000. Une seconde aspiration faite immédiatement après l'injection donne de nouveau issue à 600 gr. de liquide. Le malade n'éprouve, soit pendant, soit après la thoracentèse, ni dyspnée ni quintes de toux. Examiné au microscope, le liquide pleurétique renferme surtout des granulations graisseuses et des globules de pus en voie de dégénérescence. Le soir à la contre-visite, la température est de 37°9. Le malade se plaint de quelques douleurs, au niveau de l'angle de l'omoplate.

La pointe du cœur n'est pas perceptible à la palpation, mais les battements cardiaques s'entendent nettement entre le sternum et la ligne mamillaire gauche.

Son de carton à la percussion dans les premier et deuxième espaces intercostaux gauches ; la matité compacte persiste à partir du deuxième espace jusqu'à la base ; le bruit respiratoire s'entend dans toute la hauteur, doux et voilé.

En arrière matité dans toute la hauteur du côté gauche,

sauf à la partie interne de la fosse interscapulaire où l'on produit un son de carton.

On perçoit le murmure respiratoire dans la fosse sus-épineuse gauche, avec expiration soufflée à sa partie interne. — A partir de la fosse sous-épineuse, le bruit vésiculaire n'est plus perceptible. — Tout le long de la colonne vertébrale il existe du souffle expiratoire.

27 novembre. — T. 37°3 ; le malade a les traits tirés, se plaint de vives coliques ; a eu depuis trois heures du matin plus de vingt selles diarrhéïques, quelques-unes sanguinolentes.

29 novembre. — Apyrexie. Le malade est mieux que les jours précédents ; la diarrhée et les coliques ne se sont pas reproduites.

2 décembre. — Depuis hier il existe une stomatite assez intense, sans doute consécutive à l'injection de solution de sublimé dans la plèvre. — Le murmure vésiculaire est imperceptible dans tout le côté gauche.

4 décembre. — Violent frisson hier soir avec température à 40°, ce matin 37°2.

20 janvier. — L'état général du malade s'est beaucoup amélioré depuis la thoracentèse ; les accidents qui s'étaient produits, les jours qui ont suivi cette opération, ne se sont pas renouvelés. La pointe du cœur n'est toujours pas perceptible à la palpation. Son skodique sous la clavicule gauche, matité à partir du troisième espace avec abolition du bruit respiratoire. En arrière matité à partir de l'angle de l'omoplate et souffle expiratoire à ce niveau.

25 janvier. — Nouvelle thoracentèse, on retire 1200 gr. de liquide épais purulent ; après la ponction, lavage avec une solution boriquée à 20 p. 1000.

26 janvier. — Sueurs abondantes après la ponction. Pas de quintes de toux ni d'expectoration.

29 janvier. — T. hier soir 39°4, ce matin 39. Le malade

se plaint depuis deux jours de frissons répétés avec céphalalgie et nausées. Mêmes symptômes stéthoscopiques.

3 février. — La température est toujours élevée les soirs (40°) avec rémissions matinales (37°). État nauséux persistant. — Le malade dit avoir vomi hier, en toussant, environ un verre de liquide purulent (?). Sonorité à gauche en arrière sauf dans les quatre derniers espaces. — La partie gauche du thorax semble rétractée.

10 février. — Le malade se trouve mieux, les vomissements ont disparu. La rétraction du côté gauche s'accroît. — Les accès de fièvre ne se sont pas reproduits.

17 février. — T. s. 38°5, m. 37°5. Sonorité en avant et à gauche dans toute la hauteur. Bruits du cœur faibles et éloignés, ayant leur maximum au niveau de l'appendice xyphoïde.

En arrière, on perçoit du tintement métallique inspiratoire depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base. — Bruit d'airain dans toute la hauteur mais surtout marqué à la base. — Sonorité jusqu'à l'angle de l'omoplate, matité à la base.

25 février. — T. s. 38°6, m. 37°4. Le malade s'affaiblit beaucoup. On ne perçoit plus de tintement métallique, mais le bruit d'airain persiste.

7 mars. — T. 38°. On constate ce matin que la pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal droit, à un travers de doigt en dehors de la ligne mamillaire. On perçoit de nouveau du tintement métallique.

9 mars. — Pleurotomie. Le malade étant chloroformé, on vide au préalable, avec un trocart ordinaire, la cavité pleurale et on retire ainsi environ trois litres de pus verdâtre, épais ; on fait ensuite une incision de 7 à 8 centimètres dans le huitième espace intercostal, sur le trajet de la ligne axillaire. On retire encore un litre de pus ; on lave ensuite la plèvre avec une solution boriquée à 20/1000 et on y introduit deux gros drains.

10 mars. — T. s. 38°, m. 37°8. Le malade dit se trouver bien, mais faible. Pansement et lavage.

15 mars. — T. s. 38°,4, m. 37°. Même état. — Suppuration très abondante malgré les lavages journaliers.

2 avril. — L'état général s'améliore un peu, la suppuration diminue.

25 avril. — Depuis huit jours, on remplace, dans les lavages, l'acide borique par une solution phéniquée à 20/1000 ; malgré cela, il existe toujours un léger mouvement fébrile les soirs. La cavité pleurale s'est beaucoup rétrécie et ne contient plus que quelques centaines de grammes de liquide. État général satisfaisant.

20 mai. — On ne fait plus de lavages que tous les deux jours. — État général bon, le malade se lève et se promène toutes les après-midi.

15 juin. — Depuis trois semaines, on ne fait plus de lavage, on se contente de changer le pansement tous les deux jours et de laisser s'écouler le pus. — Le malade se trouve bien, n'a plus de fièvre les soirs. — Fonctions digestives bonnes.

5 juillet, soir. — Cette après-midi le malade était descendu à la cour comme d'habitude, après le déjeuner. Vers deux heures, il remonta rapidement parce qu'il se trouvait mal. — Depuis ce moment il existe des troubles de la parole : aux questions qu'on lui pose il répond tantôt par des lambeaux de phrases qui sont en rapport avec la réponse à faire, tantôt toujours par la même phrase : « Je ne sais pas... le monsieur... je ne peux pas. » Il reconnaît bien l'externe de la salle, mais ne peut prononcer son nom, même lorsqu'on le lui a dit. Il ne peut pas dire le nom des objets ; ne connaît plus leur usage, même lorsqu'on le lui indique. Ne peut pas écrire son nom ; quand on le lui présente écrit au milieu de plusieurs autres noms il le reconnaît, mais il ne reconnaît

pas le nom de l'externe de la salle. — Maladresse dans les mains.

6 juillet. — Même état; tendance à répéter les mêmes mots.

7 juillet. — Ce matin au réveil, l'état du malade est redevenu normal; il prétend que la veille il reconnaissait bien les objets qu'on lui présentait mais qu'il ne pouvait en dire le nom; il dit qu'il ne pouvait lire. Actuellement l'intelligence, la mémoire et l'élocution sont nettes.

2 décembre. — Depuis cinq mois l'état général du malade reste à peu près stationnaire. Il n'y a pas de fièvre et les fonctions digestives sont bonnes. Le malade va, vient, se promène, mais serait incapable de se livrer à aucun travail. On change son pansement tous les deux ou trois jours et chaque fois il s'écoule environ une à deux cuillerées de pus. La cavité ne se rétrécit pas. On inocule un cobaye avec du pus.

Inspiration rude et expiration très prolongée sous la clavicule droite.

Inspiration avec râles muqueux sous la clavicule gauche.

28 décembre. — Le cobaye inoculé est mort d'une tuberculose généralisée.

Chez ce malade nous avons fait à deux reprises des lavages de la plèvre; une première fois avec une solution de sublimé, ce qui a produit des symptômes d'intoxication mercurielle; et une seconde fois avec une solution boriquée. Sa lésion n'en a nullement été améliorée. Plus tard, l'état général s'aggravant, et comme il se produisait des vomiques, nous avons dû pratiquer la pleurotomie. Aujourd'hui, dix mois après l'opération, la plèvre continue encore à suppurer et le malade reste porteur d'une fistule thoracique; néanmoins il a

retiré un bénéfice notable de la pleurotomie. S'il ne présentait des lésions tuberculeuses avancées des deux poumons, nul doute qu'un raclage de la plèvre, complété au besoin par une résection costale, ne serait indiqué. Mais étant donné son état général une telle intervention nous semblerait téméraire.

Observation III. — Personnelle. — Homme de 38 ans, commis-voyageur. — Pleurésie purulente datant de 14 ans. — Vomique. — Pleurésie gangréneuse. — Pleurotomie. — Guérison.

Le nommé C., âgé de 38 ans, commis-voyageur en bimbelotterie, entre à l'hôpital civil de Nancy, service de M. le Professeur Spillmann, le 5 septembre 1888. Pas d'antécédents héréditaires. — Femme et deux enfants bien portants. — Aurait toujours été délicat. — Excès alcooliques.

En 1871 aurait été déporté à la Nouvelle-Calédonie pour faits insurrectionnels se rattachant à la Commune de Paris; il y serait resté jusqu'en 1876. Pendant la traversée aurait eu une bronchite qui aurait duré trois mois; depuis aurait toujours continué à toussiller.

En 1874, hémoptysie ayant duré douze jours; quelque temps après pleurésie gauche l'ayant retenu quatre mois au lit. A la même époque le Dr Rochard, médecin de la marine, et plus tard, en 1879, le Dr Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, lui auraient dit que son cœur était déplacé.

Depuis son retour, continuait à tousser et à cracher les matins, mais en somme l'état général était bon.

Dix jours avant son entrée à l'hôpital, fut pris brusquement le matin d'une vomique brunâtre, *inodore*, qui

remplit un vase de nuit. Depuis garde le lit et continue à expectorer un liquide brunâtre qui, depuis deux jours, devient fétide. — Ressent dans le côté gauche une douleur vive, exaspérée par la toux, et qui l'empêche de dormir quand il se couche sur ce côté.

Etat actuel. — 6 septembre. — Homme amaigri, teint terreux. P. 120. T. hier soir 39° 4, ce matin 39°. — Expectoration abondante, couleur chocolat, diffluente, à odeur de macération anatomique. Thorax allongé, aplati en avant; la moitié gauche se soulève à peine pendant l'inspiration. Choc précordial diffus entre le sternum et la région mamillaire droite.

Sonorité ample, un peu skodique sous la clavicule droite et jusqu'à la quatrième côte; à partir de ce niveau, matité entre le sternum et la ligne mamillaire. — Respiration superficielle avec râles de bronchite disséminés.

A gauche, sonorité ample, profonde, sous la clavicule et dans toute la hauteur. Abolition du murmure vésiculaire. La toux et la voix ont une résonnance métallique.

Les battements du cœur se perçoivent à droite du sternum, le choc est diffus, mais les bruits sont nets.

En arrière, sonorité ample à droite dans toute la hauteur.

A gauche, matité dans la fosse sus-épineuse; un peu de sonorité dans la fosse sous-épineuse; sonorité dans la fosse interscapulaire; matité à partir de l'angle de l'omoplate et jusqu'à la base. Le malade étant assis, matité compacte en avant à partir du troisième espace intercostal.

A l'auscultation, murmure vésiculaire lointain dans la fosse sous-épineuse. A la base, absence du murmure vésiculaire; résonnance de la voix et bruit d'airain.

Une ponction exploratrice faite dans le septième espace intercostal sur la ligne axillaire donne issue à un liquide brunâtre, fétide, analogue à l'expectoration.

7 septembre. — Pleurotomie. — Après anesthésie locale préalable, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/50, on fait une incision transversale de cinq à six centimètres dans le septième espace intercostal gauche, sur le trajet de la ligne axillaire postérieure; et on donne issue à un peu plus de deux litres d'un liquide brun chocolat à odeur extrêmement fétide. On lave ensuite la plèvre avec quatre litres d'une solution boriquée à 20/1000; on introduit deux drains longs de 20 centimètres et 1 centimètre de diamètre; on saupoudre la plaie d'iodoforme et on applique un bandage antiseptique à la ouate salicylée.

Le liquide pleurétique, examiné au microscope, renferme de grandes quantités de cristaux rectangulaires aplatis, et des granulations graisseuses jaunâtres. L'examen bactériologique ne décèle ni bactéries, ni bacilles de Koch.

8 septembre. — T. hier soir 39°, ce matin 38°5. Le malade dit respirer plus facilement; toux très diminuée; expectoration peu abondante et *sans odeur*.

Le pansement est très sale. Lavage avec quatre litres de solution boriquée, et pansement antiseptique. — Injections sous-cutanées d'eucalyptol. — Sulfate de quinine 1 gramme et traitement tonique général: champagne, thé au rhum.

9 septembre. — T. hier soir 39°; ce matin 37°6. P. 110. Le pansement est beaucoup moins sale qu'hier. Lavage avec deux litres de solution boriquée. On insuffle ensuite du salol en poudre dans la plèvre. Expectoration mucopurulente insignifiante et sans odeur.

Etat général relativement assez bon.

10 septembre. — Le malade avait hier soir la face très rouge, surtout du côté droit. Expectoration fibrineuse, un peu rouillée, adhérente au vase; n'a pas eu de frissons, ni de point de côté; et l'auscultation ne fait percevoir que quelques sibilances disséminées. T. hier soir 39°, ce matin 38°. Le pansement a une odeur moins fétide que les jours précédents. Lavage habituel. — Traitement id.

12 septembre. — T. hier soir 38°, ce matin 37°. Etat général stationnaire; l'expectoration fibrineuse et rouillée a disparu. Pansement et lavage habituels.

14 septembre. — T. hier soir 38°, ce matin 38°8. Pansement et lavage. — Il s'écoule de la plèvre environ 100 gr. de liquide à odeur toujours fétide et renfermant une assez grande quantité de pus qui lui donne une couleur jaunâtre.

20 septembre. — La température oscille toujours entre 39 les soirs et 38° les matins. Le malade s'alimente assez bien, néanmoins il s'affaiblit beaucoup; œdème des extrémités inférieures. On remplace dans les lavages l'acide borique par une solution phéniquée à 20/1000. Expectoration nulle.

27 septembre. — La température baisse un peu, mais se maintient toujours entre 38°5 et 37°5. Pansement et lavage phéniqué tous les deux jours. Ecoulement purulent et fétide, contenant des lambeaux de plèvre gangrenée. Le malade prend un aspect cachectique.

6 octobre. — La température ne dépasse plus guère 38°. Le malade s'alimente bien, mais ne se remonte pas. Ecoulement purulent et fétide toujours abondant, renfermant de vastes lambeaux de plèvre sphacélée.

16 octobre. — Depuis cinq ou six jours le malade a très bon appétit; semble un peu se remonter. Écoulement fétide et abondant, ce matin il est encore sorti un vaste fragment de plèvre sphacélée de la largeur de trois doigts. On remplace dans les lavages l'acide phénique par une solution de sublimé à 2/1000. On supprime le sulfate de quinine et les injections sous-cutanées d'eucalyptol.

22 octobre. — Il n'est plus sorti de lambeaux sphacelés, le liquide qui s'écoule est constitué par du pus franc et inodore. État général très bon. Appétit dévorant. Pas de fièvre. L'œdème des extrémités inférieures a disparu.

29 octobre. — Dans les pansements précédents, on reti-

rait de la plèvre environ deux cuillerées de pus ; ce matin il en sort à peine une cuillerée à café. Appétit dévorant, le malade mangerait toute la journée, se réveille à 4 heures du matin pour demander à manger.

31 octobre. — Il ne s'écoule pas de pus de la plèvre, le liquide du lavage renferme des pellicules blanchâtres comme celles qui recouvrent les bourgeons charnus.

Expectoration nulle : respiration superficielle à droite ; respiration rude dans la fosse sus-épineuse gauche ; souffle amphorique dans la fosse sous-épineuse.

2 novembre. — Le pansement est à peine souillé. On ne fait pas de lavages et on se contente de le changer. Le malade engraisse à vue d'œil.

20 novembre. — État général excellent. Écoulement pleural nul.

25 novembre. — Depuis deux jours le malade se plaint de gêne dans le côté gauche et l'attribue au drain resté dans la plaie. Ce matin, le pansement est souillé et il s'écoule environ deux cuillerées de pus très liquide, lorsqu'on enlève le tube et que le malade se penche.

4 décembre. — La suppuration qui s'était produite pendant plusieurs jours a maintenant disparu. On retire le drain. Avant-hier on a inoculé un cobaye avec le pus de la fistule thoracique.

15 décembre. — La suppuration a complètement cessé et la fistule est presque fermée.

Ce matin en se réveillant, le malade a constaté que son cœur, qui battait sous le mamelon droit depuis 14 ans, était revenu à sa place normale. On en perçoit en effet les battements d'une façon diffuse entre le sternum et le mamelon gauche. Le malade dit n'avoir ressenti ni douleur ni gêne.

12 janvier. — La fistule est complètement cicatrisée. Sonorité ample sous la clavicule droite et respiration superficielle sans râles.

Sonorité tympanique sous la clavicule gauche. En ce point, on perçoit un souffle amphorique à timbre métallique.

En arrière, submatité dans les fosses sus et sous-épineuses gauches. Matité à la base, bruit respiratoire très diminué dans les fosses sus et sous-épineuses et souffle amphorique ayant son maximum dans la fosse interscapulaire, mais on le perçoit moins bien que sous la clavicule.

Abolition du murmure respiratoire à la base.

Respiration superficielle dans toute la hauteur du côté droit.

Le thorax est notablement affaissé et rétracté du côté gauche.

Le malade quitte l'hôpital complètement guéri, le 4 février 1889.

Le cobaye inoculé ne présente aucun signe de tuberculose.

Comme renseignements complémentaires, nous apprenons que ce malade, ayant eu un érysipèle en 1884, alla trouver M. le professeur Bernheim qui le présenta à la Société de médecine de Nancy en faisant remarquer qu'il ne souffrait aucunement de son épanchement et conclut à la non-intervention.

Fait remarquable chez ce malade, l'épanchement pleural est resté stationnaire pendant quatorze ans. Son ouverture dans les bronches a été suivie d'une pleurésie gangréneuse avec symptômes généraux très graves qui nous forcèrent à pratiquer la pleurotomie. Après six semaines de suppuration très abondante avec issue de lambeaux de plèvre sphacélée, l'écoulement s'arrêta brusquement, et trois mois après le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

Cet heureux résultat nous semble devoir être attribué à la violence du processus gangréneux qui, en éliminant la plèvre dégénérée, a donné naissance, à des bourgeons charnus francs qui par leur réunion, ont déterminé la soudure des parois de la cavité pleurale.

Observation IV. — Trois thoracentèses successives pratiquées dans un cas d'épanchement pleurétique datant de quinze années. — Amélioration considérable. — Guéneau de Mussy, CLINIQUE MÉDICALE, T. 1, page 658.

Le malade était un général russe, âgé de cinquante ans ; il était fort, bien constitué, et son apparence extérieure, quoique altérée par l'âge et la maladie, témoignait de cette vigueur originelle. Il avait longtemps fait la guerre au Caucase, où il s'était signalé par des actions d'éclat. Une fois entr'autres, il s'était trouvé enfermé avec une poignée d'hommes, dans un fort ennemi, entouré d'une troupe nombreuse qu'il avait tenue en respect et à travers laquelle il s'était frayé un passage l'épée à la main. Ce fut à la suite de cette aventure qui rappelle les hauts faits d'Alexandre et de Bayard qu'il fut atteint de pleurésie du côté gauche quinze ans environ avant qu'il vint me consulter. Mal soigné, ou plutôt manquant de tout soin, il traîna pendant plusieurs semaines son mal à travers ces contrées sauvages, se couchant quand la violence de la fièvre l'exigeait, bravant, dès qu'il pouvait se relever, les fatigues et les intempéries du climat ; ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois qu'il lui fut possible de réclamer des conseils éclairés ; alors seulement il apprit la nature de la maladie qui avait été méconnue jusque là. On le soumit au repos, à l'emploi de révulsifs extérieurs et de différentes médica-

tions internes qu'il ne peut indiquer. Ce traitement resta inefficace: le côté malade avait acquis des dimensions énormes; le malade souffrait d'une dyspnée habituelle qui s'exaspérait par intervalles et le forçait à s'arrêter. A partir de ce moment et à part ces repos obligatoires que lui imposait la maladie, la vie du général D... devint une odyssée médicale: allant de médecin en médecin, de climat en climat, pour chercher un soulagement que les moyens médicaux ne lui procuraient que très imparfaitement. La question de l'intervention chirurgicale avait été bien souvent posée, mais résolue contradictoirement. Quelques médecins lui avaient parlé de l'opportunité d'une opération, mais le plus grand nombre y avait vu un danger immédiat et avait porté sur ses conséquences le plus funeste pronostic. Le malade qui, comme la plupart de ses compatriotes, était polyglotte, avait plusieurs fois entendu ces opinions discutées devant lui par des médecins qui ne croyaient pas être compris de lui en parlant leur langue.

Au printemps de 1868, ce malade me fut adressé par mon ami le docteur Pupier qu'il avait consulté en traversant Lyon. Son état s'était aggravé; la dyspnée était continue et s'exaspérait d'une manière inquiétante au moindre mouvement; il ne pouvait garder la position horizontale; les lèvres étaient livides et les régions circummalléolaires étaient œdématiées. Une matité absolue occupait tout le côté gauche de la poitrine et la région sous-sternale; on entendait près du rachis un bruit inspirateur sourd et rude; partout ailleurs silence complet. Le cœur était déplacé, sa pointe, repoussée en dehors du mamelon droit, avait décrit un mouvement de rotation autour de sa base, de telle sorte que, suivant la judicieuse remarque du docteur Masséi (de Naples), le cœur dans ce cas ne subit pas un simple mouvement de propulsion qui le repousserait en masse, mais il pivote autour de son point fixe cons-

titué par l'aorte et par les vaisseaux pulmonaires. Sa pointe est toujours excentrique par rapport à la base. Cet organe offre évidemment un volume exagéré. L'impulsion est énergique et un bruit de souffle au deuxième temps vers l'orifice de l'aorte accuse une insuffisance des valvules sigmoïdes ; le pouls large, rebondissant et brusquement affaibli après une ample et brusque diastole témoigne de la même lésion.

Les fonctions digestives moins entamées que les fonctions respiratoires et circulatoires, ont ressenti cependant le contre-coup de ces désordres importants et l'appétit est languissant. Le malade est las de l'existence ; des intérêts l'appellent en Russie, et il est hors d'état de continuer son voyage. Dans ces conditions, voyant les premiers symptômes d'une asphyxie lente, les progrès de la dyspnée ; craignant que si l'on ne cherchait pas à diminuer la gêne de la respiration, une syncope favorisée par la lésion du cœur n'amenât un arrêt définitif de la circulation ; constatant que le refoulement du médiastin et du cœur et la pression croissante exercée sur cet organe restreignaient et menaçaient d'une gêne de plus en plus grande l'expansion du poumon droit, je proposai la thoracentèse à laquelle le malade n'objecta autre chose que la sentence funeste prononcée par plusieurs médecins allemands contre cette opération.

Je réclamai alors l'appui de mes amis, les docteurs Barth et Trousseau, qui, après quelques objections, adoptèrent tous deux cette proposition, et M. Barth voulut bien m'assister dans l'opération. Elle fut pratiquée dès le surlendemain avec l'instrument de Reybard et je retirai une première fois 1800 à 1900 grammes d'un liquide puriforme jaune, opaque, homogène, sans odeur. Les suites de l'opération furent des plus simples ; je maintins le malade au lit pendant plusieurs jours ; il avait éprouvé presque immédiatement un soulagement considérable. La vous-

sure thoracique faisait un relief moins prononcé en arrière; près du rachis surtout la sonorité avait reparu, et l'on entendait dans une assez grande étendue un bruit respiratoire profond, rude et obscur; le cœur restait fixé à droite, mais sa pointe était moins en dehors. L'aspect de la physionomie était infiniment meilleur, le malade avait retrouvé le sommeil et l'appétit.

Je n'avais pas voulu retirer en une seule fois une plus grande quantité de liquide, convaincu que les organes réfoûlés par l'épanchement étaient fixés dans leur position nouvelle, par des adhérences trop anciennes et trop solides pour qu'il me fût permis d'espérer leur voir reprendre leur situation normale. Je craignais pour ce cœur sérieusement lésé la secousse d'un brusque changement dans la pression intra-thoracique, et j'aimais mieux pratiquer des ponctions successives en observant leurs effets, et prévoyant par là ce que je pouvais en attendre.

Le liquide de la cavité pleurale, examiné au microscope ne renfermait pas un seul leucocyte, c'était une émulsion de matières grasses.

La dyspnée était considérablement diminuée et le malade pouvait faire quelques promenades; au bout de quinze jours, quand je crus complètement effacée l'incitation qui avait pu être produite dans la plèvre par la première ponction, et qui ne s'était révélée d'ailleurs par aucun symptôme, j'en pratiquai une seconde qui fit couler environ 1700 grammes de liquide identique avec le premier et aussi inodore. J'arrêtai l'écoulement quand je vis qu'il devenait faible, intermittent et que la tension intra-pleurale était considérablement affaiblie. Les suites de cette opération furent aussi simples que la première fois et trois semaines après, j'y revins de nouveau pour tirer à peu près la même quantité de liquide. L'amélioration fonctionnelle s'accrut davantage, sans que les signes physiques fussent considérablement modifiés, excepté en ce qui

concernait la voussure. Celle-ci avait disparu et le côté gauche au lieu de présenter une dilatation insolite était un peu affaissé. Mon intention était de répéter encore cette opération ; j'avais fait faire au malade une gymnastique respiratoire à laquelle j'ai toujours recours après les épanchements de longue durée, et qui consiste à faire plusieurs fois par jour une série d'inspirations aussi profondes que possible. Le malade se trouva tellement soulagé qu'il voulut retourner en Russie, où quelques mois après, je sus qu'il jouissait d'une santé passable. Depuis lors j'ai perdu sa trace.

M. Guéneau de Mussy ajoute en note, à propos de ce malade : « Des renseignements récents m'ont appris qu'il avait vécu pendant plusieurs années après son retour en Russie et qu'il avait succombé, croyait-on, à une affection aiguë. »

Observation V. — Guéneau de Mussy. — CLINIQUE MÉDICALE, T. 1, page 661. — Homme de 23 ans, serrurier. — Pleurésie purulente datant de près de deux ans. — Trois thoracentèses suivies d'amélioration pendant deux ans.

Jeune homme de vingt-trois ans, serrurier; il entra à l'Hôtel-Dieu le 2 avril 1869. Il était maigre, pâle, paraissait délicat. Dans ses antécédents de famille, rien n'accusait une prédisposition diathésique ; son père, sa mère, ses frères et ses sœurs jouissaient d'une santé irréprochable.

Il nous raconta que trois ans auparavant, il avait eu une hémoptysie très abondante qui avait duré deux jours. Il évaluait à 4 ou 5 litres la quantité de sang qu'il avait perdue, évaluation probablement très exagérée. Il avait dû

garder le lit pendant vingt jours ; depuis cet accident il n'avait cessé de tousser, et il avait beaucoup maigri.

Au mois de juin 1867, il avait eu une seconde hémoptysie accompagnée d'une douleur dans le côté gauche ; il fut obligé de rester couché pendant quatre mois, et il subit plusieurs applications de vésicatoires. Depuis lors il était très essoufflé toutes les fois qu'il éprouvait une fatigue ; et il perdait haleine quand il voulait monter les escaliers un peu rapidement. Cependant il avait pu reprendre son travail, et ses autres fonctions s'accomplissaient d'une manière régulière, en apparence, quoique la nutrition eût souffert, nous l'avons dit, un déchet considérable. Au moment de son admission à l'Hôtel-Dieu, sa respiration était fréquente, courte, anxieuse, les téguments de la face commençaient à se cyanoser.

A la première inspection, on constatait une énorme voussure du côté gauche du thorax qui proéminait dans toutes les directions.

La percussion donnait, en avant, un son mat dans tout le côté gauche, qui était complètement silencieux à l'auscultation. Du côté droit on trouvait en arrière un son tympanique et dans la moitié inférieure la respiration était franchement puérile. L'abaissement du diaphragme donnait aux dernières côtes une direction presque verticale. Au sommet droit, la tonalité était aiguë, un peu obscure, et l'expiration était prolongée.

A deux travers de doigt au-dessous du mamelon droit les battements du cœur étaient visibles à l'œil et soulevaient énergiquement la main. Les bruits cardiaques étaient superficiels et normaux.

Au niveau des derniers espaces intercostaux, à droite et en avant, on sentait par la palpation comme une succion. La main et la vue pouvaient constater une dépression rythmique de ces espaces, pendant les mouvements d'am-

pliation du thorax, comme si l'expansion du poumon refoulé ne suffisait pas pour remplir le vide produit par l'inspiration.

L'épigastre présentait également, pendant l'inspiration, surtout dans la partie gauche de cette région, une dépression suivie d'un soulèvement brusque correspondant à l'expiration ; phénomène que l'on observe dans les cas où le diaphragme est fortement abaissé ; dans l'emphysème pulmonaire, par exemple, quand il est porté à un degré considérable.

Cet ensemble symptomatique ne permettait pas de mettre en doute l'existence d'un énorme épanchement, qui distendait le côté gauche du thorax, et refoulait le cœur en le faisant pivoter autour de ses connexions vasculaires ; et suivant toutes probabilités, l'origine de cet épanchement remontait au mois d'octobre 1867, c'est à dire à plus de dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital.

Les troubles de la nutrition et de l'hématose commandaient d'intervenir : je me proposai de faire une série de ponctions, suivies d'injections, s'il était nécessaire, et d'étudier dans quelle mesure ce poumon si longtemps refoulé, probablement emprisonné par des néoplasies épaisses, pourrait se dilater à nouveau et reprendre ses anciennes limites ; car il pouvait être fixé dans sa position nouvelle par des liens inflexibles ; l'évacuation complète du liquide pouvait être dangereuse ou impossible. Ces ponctions répétées me semblaient constituer la seule opération rationnelle, ou du moins devoir précéder toute autre tentative opératoire.

Le 8 avril. — Je pratiquai la thoracentèse avec le trocart de Reybard, au niveau du sixième espace intercostal gauche et je laissai s'écouler par la canule deux litres et demi environ de liquide jaune, verdâtre, opaque, fluide, sans mélange de flocons fibrineux, d'une odeur fade très

peu accentuée et qui n'avait aucun caractère aigre ou putride. Recueillie dans un verre, une partie de ce liquide se séparait en deux couches : la supérieure, plus fluide, offrait une coloration jaune verdâtre : la couche inférieure était constituée par un sédiment épais, de consistance sirupeuse et d'une couleur grisâtre opaque.

Un des internes les plus distingués des hôpitaux de Paris, M. Labadie-Lagrave, qui a bien voulu recueillir pour moi les matériaux de cette observation, soumit ce liquide, sur ma demande, à l'examen microscopique et je transcris ici le résultat de ses observations :

« Dans la partie supérieure, la plus fluide, on ne trouve sous le champ du microscope, que quelques granulations graisseuses disséminées et de nombreuses lamelles de cholestérine ; le dépôt du fond du vase est formé de ces mêmes granulations graisseuses, mais en quantité beaucoup plus considérable. Ces granulations s'agglomèrent en certains points et forment des corps de Glüge qui présentent les dimensions des leucocytes, mais s'en distinguent par leur réaction différente en présence de l'acide acétique. Traitées en effet par cet acide, ces cellules granuleuses ne sont pas modifiées et ne contiennent pas un ou plusieurs noyaux comme les globules de pus. Il est probable cependant que ces corpuscules d'aspect muriforme et granulé ne sont que des leucocytes ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

« Les autres granulations plus fines que l'on voit sous le champ du microscope sont constituées par la fibrine également dégénérée en matière grasse. On trouve en outre, dans le sédiment, des cristaux de cholestérine avec leur forme caractéristique de lamelles rhomboidales. »

Ainsi nous saisissons en quelque sorte ici le procédé par lequel les leucocytes purulents disparaissent et se transforment en matière grasse, qui finit par se délayer

elle-même dans le liquide et par constituer, comme dans le premier cas, une émulsion au milieu de laquelle on ne peut plus saisir aucun élément figuré, bien qu'elle ait l'aspect du pus.

Une heure environ après la thoracentèse, le malade fut pris d'une violente quinte de toux, qui, à travers l'ouverture de la ponction, fit sortir encore environ un demi-litre de liquide. Il se sentait extrêmement soulagé ; il n'accusait d'autre phénomène anormal qu'une sensation pénible de pesanteur au niveau de la région épigastrique et de l'hypocondre gauche, sensation qui avait succédé immédiatement à l'évacuation du liquide. Son appétit ne fut pas troublé et il dormit d'un sommeil calme.

Je n'avais pas voulu l'ausculter immédiatement après l'opération pour ne pas le fatiguer. Le lendemain, malgré la persistance de la matité, je constatai le retour du murmure vésiculaire en arrière dans tout le côté gauche. Mais il était faible et éloigné, surtout dans le tiers inférieur. En haut, près de l'épine de l'omoplate, il était plus ample et plus superficiel.

En avant, du côté droit, au niveau de la région mammaire et partant de la place occupée postérieurement par le cœur, la sonorité avait reparu. La percussion et l'auscultation permettaient de constater que cet organe s'était déplacé d'environ deux à trois centimètres. En se rapprochant du côté gauche, sa pointe semblait avoir décrit une courbe à convexité inférieure. A droite, la matité précordiale était limitée par une ligne allant du mamelon à la région hépatique ; elle était limitée supérieurement par le bord inférieur de la troisième côte et se confondait à gauche avec la matité de l'épanchement. On percevait sous la clavicule gauche un son très aigu, mais qui avait cessé d'être mat. La sonorité reparaisait à deux travers de doigt au-dessus du mamelon. Le malade nous raconta

que depuis la ponction il pouvait se coucher sur le côté droit et rester une demi-heure dans cette position, qui provoquait immédiatement auparavant un accès de suffocation.

Neuf jours après la première ponction, j'en fis une seconde qui donna issue à 1,600 grammes de liquide identique au premier. Deux heures après, le malade eut quelques quintes de toux qui ne l'empêchèrent pas d'éprouver un grand soulagement. A partir de ce moment il put dormir, couché sur le dos, ce qui lui avait été impossible jusque là.

J'observai le lendemain que la fosse sus-épineuse gauche redevenait sonore, le bruit respiratoire était entendu dans toute la partie supérieure gauche ; net et superficiel en haut, il devenait plus obscur inférieurement. Ce jour-là, il était accompagné d'un léger frôlement que je ne retrouvai pas les jours suivants, en même temps qu'à la partie inférieure le murmure vésiculaire me sembla plus obscur et s'éloignait pour s'éteindre à mesure que l'on s'approchait de la base.

La pointe du cœur avait continué son mouvement rétrograde de droite à gauche et se faisait sentir en dedans du mamelon droit dans le quatrième espace intercostal. Cependant le côté gauche s'était déprimé en arrière et était devenu moins saillant que le droit, le malade se plaignait d'une douleur vive vers les dernières côtes gauches.

L'épigastre présentait toujours, au moment de l'inspiration, un mouvement de dépression puis une propulsion saccadée, accompagnée d'une ondulation qui se propageait jusqu'à l'hypochondre gauche et qui pouvait être attribuée, peut-être, à la masse liquide refoulant brusquement le diaphragme paralysé.

Je recommandai au malade de faire pendant quelques minutes deux ou trois fois par jour de fortes inspirations, afin de favoriser l'expansion du poumon.

Quelques jours après, en marchant, le malade eut quelques palpitations, qu'il s'étonna de sentir derrière le sternum. En effet le cœur avait continué sa marche régressive et sa pointe battait à cinq centimètres du lieu où nous l'avions d'abord rencontrée ; elle se trouvait à deux centimètres en dedans du mamelon droit ; cependant toute la région thoracique droite était encore ébranlée par la systole ventriculaire qui y produisait une ondulation saccadée.

Neuf jours après cette thoracentèse, j'en pratiquai une troisième par laquelle je retirai 1,500 grammes de liquide, ce qui portait à plus de six litres la quantité extraite en dix-huit jours. Je crus devoir faire la ponction un peu plus haut que le septième espace intercostal.

J'observai, pendant l'écoulement, que le pouls conservait sa force habituelle, mais qu'il était un peu plus fréquent (84 pulsations au lieu de 76) et que la respiration s'était en même temps accélérée (37 par minute au lieu de 34).

Le liquide évacué offrait les mêmes caractères extérieurs et microscopiques que celui des ponctions antérieures. Le malade n'avait pas éprouvé cette fois les quintes de toux qui avaient succédé aux premières opérations, et il ressentit dans les jours qui suivirent un soulagement si considérable que, malgré mes recommandations, il profita de mon absence pendant quelques jours pour demander et obtenir sa sortie de l'hôpital. Il se sentait tellement bien qu'il put reprendre son métier de forgeron dans une usine ; quelques temps après, il est venu me voir. Le cœur n'était pas encore complètement retourné à sa position normale, dont il s'était cependant rapproché. On constatait encore de la matité avec absence de vibration et d'élasticité et silence du bruit respiratoire dans plus de la moitié du côté gauche.

A part une légère disposition à l'essoufflement, une facilité à s'enrhumer qu'il a toujours eue, cet homme ne se plaignait d'aucun trouble sérieux dans sa santé ; il était maigre mais il avait bon appétit.

Au printemps de 1870, il avait été tenté de partir pour la Nouvelle-Grenade comme contre-maitre dans une usine, tant il se sentait en possession de ses forces. — Plusieurs fois je l'ai déjà engagé à entrer à l'hôpital pour s'y reposer et y être examiné avec soin. Mais il s'y est toujours refusé.

Au mois de juin de cette année, j'ai revu encore ce malade ; il était resté à Paris pendant le siège et avait pris part à la défense des remparts. Les privations, les émotions, les fatigues, les froids excessifs auxquels il avait été soumis avaient profondément altéré sa santé ; il avait beaucoup maigri et avait craché le sang à plusieurs reprises.

Les signes d'induration du tissu pulmonaire étaient plus accentués au sommet ; le son était toujours mat, et la respiration très obscure dans la moitié postéro-inférieure du côté gauche. Ce côté était fortement déprimé, témoignage de l'effet curatif de la thoracentèse.

L'obscurité du son et du bruit respiratoire paraissait devoir être imputée aux néoplasies épaisses qui emprisonnaient et immobilisaient la base du poumon.

Le malade avait repris son dur métier d'ouvrier métallurgique ; et il travaillait à la forge quand de nouveaux accidents, préparés par les épreuves des deux dernières années sont venus briser ses forces. Il n'a pas même encore abandonné son métier dont son patron avait adouci pour lui les rigueurs ; je le priai instamment d'entrer à l'hôpital, mais après y être resté quelques jours, il voulut en sortir et reprit son travail. Bientôt il éprouva une disposition à l'anhélation qui se prononça de plus en plus.

Quelques semaines après le retour de ces accidents, il sentit son cœur battre de nouveau à droite, et il revint me consulter. Outre l'altération générale de sa constitution, je fus frappé du changement survenu dans la configuration de la poitrine; le côté gauche présentait une énorme voussure qui débordait dans tous les sens les plans du côté droit. Les trois quarts inférieurs donnaient un son mat à la percussion en avant et en arrière. Au sommet seulement on percevait une respiration rude et suivie d'expiration.

Le cœur battait de nouveau en dehors du mamelon droit.

J'ai engagé ce malade à se rendre à l'Hôtel-Dieu chez M. Fernet, actuellement chargé d'un des services de cet hôpital, pour y subir de nouvelles ponctions.

Observation VI. — Pleurésie avec épanchement purulent abondant, datant de quinze à dix-huit mois, traitée avec succès par la thoracentèse et une seule injection iodée. — (Aran : de l'utilité de l'association des injections iodées à la thoracentèse dans les épanchements purulents, etc. UNION MÉDICALE, 1853, page 391).

Bridier (Gilbert), âgé de 24 ans, serrurier, entre dans mon service à l'hôpital de la Pitié, salle St-Athanase, n° 17. le 20 octobre dernier. Assez maigre, de constitution chétive, ce jeune homme n'avait jamais été atteint de maladies graves; jamais il n'avait été enrhumé; jamais il n'avait craché de sang. Il était malade depuis dix-huit mois et sa maladie avait commencé par un rhume très fort avec expectoration abondante, blanchâtre; avec fièvre, mais sans point de côté, sans douleur dans la poitrine.

Pendant deux mois il avait gardé le lit, puis il avait essayé de se lever et de reprendre son travail ; la fièvre ne le lui avait pas permis. Enfin, huit mois s'étaient écoulés lorsque le malade s'aperçut d'un point de côté à gauche et en avant sous le mamelon. Les douleurs étaient très vives et revenaient de temps en temps. Ajoutons que déjà, un mois après le début des accidents, le malade avait de la gêne de la respiration et que cette gêne, qui était à son maximum à la fin du troisième mois, avait plutôt diminué qu'augmenté à la fin du huitième et était en somme supportable sauf quand il marchait et qu'il voulait se livrer à un travail quelconque. Le malade nous apprit en outre qu'une quinzaine de jours après le commencement de sa maladie, il avait remarqué et fait remarquer à son médecin le déplacement du cœur qui battait à droite. Enfin, autre renseignement, difficile à accepter, il aurait perçu dans le commencement de son affection un bruit de fluctuation dans la poitrine quand il faisait un mouvement brusque, bruit qu'il comparait à celui qui se produit dans une bouteille à moitié vide. Pour compléter cette longue liste d'accidents morbides, il nous reste à mentionner une scarlatine avec violent mal de gorge et desquamation très abondante survenue dans le cours de sa maladie, ainsi que la formation d'un abcès à la partie supérieure et antérieure de la jambe droite, abcès qui avait laissé plusieurs fistules.

Inutile de dire que le malade avait été soumis à des traitements nombreux et variés. En désespoir de cause, on lui avait conseillé de se faire pratiquer la thoracentèse et c'était dans ce but que le malade était venu à Paris. *Son état général était du reste satisfaisant ; pas de fièvre, pouls à 72, langue humide, soif naturelle, face calme, appétit conservé, digestions faciles, rien d'appréciable, au premier aspect, qu'un peu de pâleur et d'amaigrissement.....* Rien n'annonçait non plus la gêne

de la respiration ; celle-ci ne survenait que pendant la marche et s'accompagnait alors de quelques battements de cœur. Depuis plusieurs jours, il n'avait plus de douleurs dans le côté ; il dormait parfaitement sur le côté gauche et sur le dos ; il ne pouvait rester longtemps couché sur le côté droit.

L'examen de la poitrine ne pouvait laisser le moindre doute sur l'existence d'un abondant épanchement pleurétique : matité absolue avec perte d'élasticité dans toute la partie antérieure et latérale gauche de la poitrine ; sonorité diminuée en arrière quoique se retrouvant encore dans les fosses sus et sous-épineuses gauches jusque au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, et dans les deux tiers supérieurs de la gouttière vertébrale, avec perte d'élasticité presque partout. Murmure vésiculaire affaibli mais normal sous la clavicule gauche ; à partir de la deuxième côte le bruit respiratoire s'affaiblissait rapidement et était bientôt remplacé par un silence complet ; à peine du murmure respiratoire dans la partie la plus supérieure de l'aisselle ; l'épanchement paraissait surtout s'étendre en ce sens. En arrière respiration affaiblie, mais soufflante dans les fosses sus et sous-épineuses gauches, dans la première surtout, et principalement pendant l'expiration ; ce caractère était surtout marqué au niveau de la racine des bronches. A partir de ce point elle s'affaiblissait et s'éteignait rapidement. Résonnance œgophonique de la voix dans tous les points où l'on entendait encore la respiration ; en dehors et dans tous les points où on ne percevait plus le murmure respiratoire, pas de résonnance et pas de vibrations sous la main. Du côté droit, respiration et résonnance à la percussion normale partout, murmure respiratoire seulement exagéré, mais sans allongement de l'expiration. Ajoutons que dans l'inspiration, le côté droit du thorax se dilatait seul, que le cœur était re-

foulé de sorte que cet organe battait immédiatement au-dessous du mamelon droit, que le médiastin antérieur était refoulé du côté droit jusqu'au niveau de la ligne synchondro-sternale droite, que le foie et la rate étaient déplacés et en particulier que cette dernière était abaissée de trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes.

Comme dans mon opinion il n'y avait plus rien à tenter que la thoracentèse, cette opération fut pratiquée le 21 octobre par le procédé Reybard et avec les modifications proposées par M. Trousseau. La ponction fut faite sur le trajet d'une ligne tirée du milieu de l'aisselle gauche. Elle donna issue à deux litres de pus crémeux, jaune, verdâtre, bien lié, et en tout semblable à du pus phlegmoneux. Pendant la sortie du liquide, le malade fut surtout tracassé par une petite toux quinteuse qui se produisait dès qu'il voulait respirer largement. Le liquide retiré, j'injectai par la canule, et à l'aide d'une seringue à hydrocèle glissée dans celle-ci par une petite ouverture faite à la baudruche, j'injectai, dis-je, une solution comme suit :

Eau distillée.....	100	grammes
Teinture d'iode.....	50	—
Iodure de potassium ...	4	—

La pénétration du liquide ne fut pas sentie par le malade. La seringue retirée avec précaution et la baudruche réappliquée sur l'ouverture de la canule, le malade fut soulevé et tourné en tous sens par des aides vigoureux, afin de mettre l'injection en contact avec tous les points de la plèvre. Cette manœuvre terminée, je retirai le doigt que j'avais toujours maintenu sur la canule ; il ne s'écoula pas une goutte de liquide. Instruit par ce que j'avais vu précédemment, je n'hésitai pas à abandonner le liquide dans la plèvre. Je retirai la canule et fis placer sur l'ouverture un morceau de diachylon. Aussitôt après

L'opération, je pus constater que le cœur ne pouvait plus être entendu à droite, que le foie et la rate étaient remontés en partie, et que la respiration s'entendait partout dans le côté gauche, mais faible et avec un mélange de crépitations. Pendant une heure le malade continua à être gêné de la respiration et à ne pouvoir tousser sans douleur vive, puis il se trouva mieux. Deux heures après, symptômes d'iodisme : sécheresse des fosses nasales, larmolement. Dans la soirée un peu de fièvre avec moiteur ; le lendemain toute trace d'iodisme avait disparu. Peau chaude, un peu sèche, pouls large, assez développé à 72. Respiration parfaitement libre. Le foie et le cœur avaient repris en partie leurs positions. Le murmure respiratoire s'entendait très bien en avant sous la clavicule gauche et dans les deux premiers espaces intercostaux, seulement avec de l'expiration prolongée ; plus bas, on l'entendait encore, mais mêlé à des crépitations humides et superficielles. Sonorité rétablie, mais beaucoup moins claire qu'à droite ; elle était à son maximum dans les deuxième et quatrième espaces intercostaux. En arrière, sonorité rétablie également, mais moins complète qu'à droite. Respiration généralement faible, même en haut. Latéralement les phénomènes d'auscultation et de percussion étaient les mêmes qu'en arrière. Les urines, qui avaient été recueillies sept heures après l'opération, contenaient une très grande proportion d'iode, ainsi que la salive.

Le 23 et le 24 octobre, l'état de ce malade continua à être des plus satisfaisants ; pas de fièvre, pas de douleurs. L'examen de la poitrine n'indiquait nullement que le liquide se fût reproduit, lorsque dans la soirée du 24 la fièvre parut s'accompagner d'un état général assez grave pour nous faire craindre que le succès fût compromis.

Fort heureusement il n'en était rien : cette fièvre si

vive n'était que la période prodromique d'une éruption scarlatino-rubéoleuse, qui, après avoir duré une semaine, et après avoir même été suivie d'une légère éruption varioliforme, se termina par desquamation et laissa le malade dans un état aussi favorable qu'après l'opération.

Pendant la durée de cet état fébrile, j'ai constaté à plusieurs reprises, par l'auscultation et la percussion, la pénétration de l'air dans tous les points du poumon gauche, mais toujours avec de l'affaiblissement en arrière et latéralement et avec un mélange de râles crépitants et sous-crépitanants.

Le 1^{er} novembre, je remarquai une rétraction très notable du côté gauche de la poitrine. Un rhume, que ce malade contracta par son imprudence quinze jours après, ne changea rien à ce bon état. Enfin lorsque le malade quitta l'hôpital, le 9 janvier, après avoir reçu pendant un mois, les soins éclairés de M. Michon pour sa plaie fistuleuse à la jambe, il était dans un état de santé des plus florissants, et je pus m'assurer que la sonorité était presque rétablie dans le côté malade et que la respiration s'entendait partout sans crépitation, un peu faible seulement en dehors et en bas. J'ai eu depuis de ses nouvelles au mois de juin dernier ; il a repris ses occupations et n'a pas eu de rechute : sa santé est meilleure qu'elle n'a jamais été.

Observation VII. — Pleurésie purulente. — Six thoracentèses. — Guérison. — (E. Barié. PROGRÈS MÉDICAL, 1875, page 94.)

Le nommé K... (Jean), journalier, âgé de 19 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Mesmet) le 5 janvier 1874. Le malade dit que, depuis un an environ, il se sentait gêné pour respirer, qu'il toussait assez fréquem-

ment et qu'il perdait ses forces peu à peu. Malgré cet état maladif il continua à travailler, mais vers le milieu de février, la toux et la dyspnée ayant augmenté, il cessa tout travail et, pendant deux mois, garda le lit ou la chambre. Durant ce temps un médecin lui fit appliquer successivement trois vésicatoires sur le côté gauche de la poitrine. A la suite de ce traitement il se sentit mieux et reprit ses occupations ; mais la toux augmentait tous les jours, il maigrissait considérablement et fut de nouveau obligé de reprendre le lit vers le mois de juillet. Trois vésicatoires successifs furent appliqués sur le côté gauche.

Vers la fin du mois de novembre, il fut pris tout d'un coup, et pour la première fois, d'un point de côté très douloureux à gauche. Malgré cet état général grave, le malade ne cessa pas complètement ses occupations ; travaillant deux jours se reposant deux autres jours ; et ne se décida à entrer à l'hôpital qu'alors qu'il lui fut impossible de se lever. Comme antécédents, nous ne trouvons aucune maladie grave ; le malade nous dit que jamais il n'avait toussé avant cette maladie et que jamais il n'avait craché le sang.

Le 5 janvier, à son entrée, le malade est pâle, amaigri et a l'aspect souffreteux ; il n'a pas de dyspnée, il tousse peu et expectore quelques crachats blancs et aérés. Nous le faisons mettre debout et, rien qu'à la simple inspection, nous constatons une différence très notable dans l'amplitude des deux côtés du thorax : le côté gauche est déformé et considérablement élargi. Une mensuration comparative donne le tableau suivant :

Côté gauche		Côté droit	
Haut	47 cent.	Haut	46 cent.
Milieu	49 —	Milieu	44 —
Bas.	45 —	Bas.	42 —

Cette mensuration est pratiquée de la façon suivante :

1° un point, *point sternal*, est pris sur le milieu de la ligne intermamelonnaire ; 2° un second point, *point rachidien*, est pris en arrière, sur la colonne vertébrale, en ayant soin de le faire passer dans le même plan que le premier ; 3° deux autres points rachidiens sont pris, l'un à dix centimètres au-dessus, l'autre à dix centimètres au-dessous du précédent. Cela fait, on applique l'extrémité d'un mètre en étoffe sur le point sternal, et on mesure de chaque côté du thorax la distance qui sépare ce point des trois points rachidiens.

Quand le malade est dans le décubitus dorsal, on constate que le cœur est déplacé ; il occupe la partie droite du thorax et ses battements sont visibles par des mouvements ondulatoires brusques de la paroi thoracique ; sa base paraît être dans le troisième espace intercostal droit, et sa pointe bat dans le cinquième espace à un centimètre en dedans du mamelon du même côté. La partie gauche du thorax forme une voussure antérieure considérable.

La percussion dénote une matité absolue, en avant et en arrière, occupant toute la hauteur du poumon gauche. Dans les mêmes points, l'auscultation montre une absence complète du murmure respiratoire. Pas de souffle ni d'œgophonie. Pas de vibrations thoraciques. Au niveau de la pointe du cœur, souffle râpeux, très intense, au premier temps.

L'ensemble de ces signes permet donc d'établir le diagnostic : épanchement pleurétique gauche considérable, chez un individu non tuberculeux, l'auscultation ayant montré l'absence de tout signe morbide dans les sommets.

Le 6, le lendemain, le malade est calme ; un peu de dyspnée. T. 38°. Ne peut se coucher que sur le dos ou le côté gauche.

Le 8. même état.

Le 9, la dyspnée a augmenté. On se décide à pratiquer la thoracentèse. La ponction pratiquée dans le cinquième espace gauche est faite avec l'aspirateur Potain. Il s'écoule 750 grammes de pus bien lié et inodore. On ne pousse pas plus loin la ponction, de peur que le retrait brusque du liquide n'amène un déplacement du cœur, pouvant occasionner une syncope... etc.

Le 10, le malade se trouve mieux, il est moins gêné pour respirer. T. matin, 37°3 ; soir 38°2.

Le 11, la percussion et l'auscultation dénotent les mêmes signes.

Le 14, seconde thoracentèse (faite avec trocart ordinaire et sac de baudruche). Il s'écoule 1.000 grammes de pus. L'opération se fait sans difficulté, le malade est calme et ne tousse pas.

Après la ponction : P. 80. T. 37°6. — Soir P. 90. T. 38°. Le malade dit qu'il a beaucoup toussé pendant la journée.

Le 15, la matité a diminué un peu en arrière et en haut ; et dans la fosse sus-épineuse, on commence à entendre un peu de murmure vésiculaire.

Les 16, 17 et 18, le malade va beaucoup mieux. Deux portions. R. 18.

Le 25, nous trouvons quelques petits filets de sang dans son crachoir. Matin, P. 84. T. 37°6. — Soir, P. 90, T. 38°4.

Le 27, le malade dit être un peu gêné, depuis la veille, pour respirer et réclame lui-même une nouvelle ponction.

Le 28, seconde mensuration.

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut.	44 cent.	Haut.	45 cent.
Milieu	44 —	Milieu	45 —
Bas	43 —	Bas	43 —

Le 31, troisième thoracentèse (trocart ordinaire et sac

de baudruche). Il s'écoule 1000 gr. de pus après la ponction. P. 90°; T. 37°9.

Le 1^{er} février. Dans la journée d'hier, après la ponction, le malade a beaucoup toussé. Crachats blancs.

Le 8, le malade se lève toute la journée; il prend de l'embonpoint et a un très grand appétit.

Le 13, épistaxis pendant la nuit.

Le 14, un peu de dyspnée. P. 90°.

Le 16, quatrième thoracentèse. Il s'écoule 1000 gram. de pus.

Le 17, mensuration :

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut.	45 cent.	Haut.	46 cent.
Milieu	44 —	Milieu	45 —
Bas	43 —	Bas.	43 —

Le 29, la matité ne monte plus que jusque vers l'angle inférieur de l'omoplate. On entend le murmure vésiculaire très net au sommet gauche et en arrière.

Le 2 mars, mensuration :

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut.	45 cent.	Haut.	46 cent.
Milieu	44 —	Milieu	45 —
Bas	43 —	Bas.	43 —

Le 3, cinquième thoracentèse. — 1,800 gr. de pus.

Après la ponction : P. 90°. T. 37°8. — Soir : P. 90°. T. 37°8.

Le 4, sous la clavicule gauche, on constate un souffle tubaire intense, mélangé, pendant la toux, de bulles de râles muqueux. Ces bruits ne sont autre chose que l'indice du murmure vésiculaire qui pénètre à nouveau dans les alvéoles imperméables jusqu'alors. En arrière la matité n'existe plus que dans la moitié inférieure du poumon : dans la moitié supérieure il n'y a plus qu'un peu de submatité, et dans ce point on entend les bruits respiratoires très nets.

Le cœur est ramené lentement vers la partie gauche du thorax ; sa pointe, qui battait à 1 centimètre en dedans du mamelon droit, bat maintenant vers la moitié gauche du sternum.

Le 26, mensuration :

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut.	45 cent.	Haut.	46 cent.
Milieu	43 —	Milieu	45 —
Bas.	43 —	Bas	43 —

Le 27, en faisant mettre le malade debout, nous constatons un aplatissement latéral de la partie gauche du thorax, des plus notables. Il est donc certain que la cavité pleurale se rétrécit de jour en jour par le retrait des côtes.

Le 28, M. Mesmet pratique la sixième thoracentèse (1,350 gr. de pus).

Pendant toute la durée du mois d'avril, l'état du malade s'améliore de plus en plus : l'appétit est excellent, il se lève toute la journée et descend au jardin.

Le 2 mai, la mensuration donne les chiffres suivants :

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut.	43 cent.	Haut.	46 cent.
Milieu	42 —	Milieu	45 —
Bas.	42 —	Bas	45 —

Le 15, le malade est absolument bien, il fait le service des salles ; respiration facile. Il a aujourd'hui beaucoup d'embonpoint, et depuis plus de six semaines il ne tousse plus.

Le 27, une dernière mensuration est pratiquée :

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut.	43 cent.	Haut.	46 cent.
Milieu	41 —	Milieu	45 —
Bas.	39 —	Bas.	46 —

Le côté gauche du thorax présente un aplatissement latéral considérable.

Le 24, le malade quitte l'hôpital. Etat général excellent. La portion inférieure gauche montre toujours de la matité ; mais les trois quarts supérieurs ont un peu de sonorité ; dans ces points la respiration est presque aussi pure que du côté droit.

Observation VIII. — In Thèse Sainton. Paris, 1881. —
Empyème datant de trois ans. — Intégrité de l'état général. — Deux thoracentèses. — Amélioration considérable. — Caractères spéciaux du pus.

Homme de quarante ans, boucher, entré au mois d'août 1880, dans le service de M. le docteur Hutinel à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, lit numéro 4. Il avait été ponctionné trois ans auparavant par M. Moutard-Martin, pour une pleurésie purulente ; depuis cette époque il a été ponctionné de nouveau par M. Hérard.

A son entrée il se plaint d'une gêne de la respiration, marquée surtout dès qu'il marche ou qu'il fait un effort. Cependant son état général est bon, il paraît à peine amaigri, il a conservé l'appétit et le sommeil ; il n'a jamais de frissons, ni de fièvre, ni de sueurs nocturnes.

L'examen physique de la poitrine donne les résultats suivants : le côté droit du thorax présente une voussure considérable, les côtes sont fortement relevées et donnent à la poitrine une forme globuleuse. La percussion dénote une matité absolue à droite dans toute la hauteur ; le foie est notablement abaissé. A l'auscultation silence complet dans les mêmes régions ; pas d'œgophonie, pas de souffle, les vibrations vocales ont entièrement disparu.

En présence de ces symptômes indiquant un vaste épanchement pleural droit, en présence aussi des accidents

dyspnéïques qui augmentent chaque jour d'intensité, M. Hutinel pratique une première ponction et s'arrête après l'évacuation de 800 gr. de liquide purulent, crémeux, jaunâtre, absolument inodore. L'opération ne fut suivie d'aucun accident général, la température n'atteignit pas une seule fois le chiffre de 38°. La gêne de la respiration diminua notablement, en même temps qu'on constatait le retour de la sonorité et du murmure vésiculaire à la partie supérieure du côté droit. Au bout de huit jours, la ponction fut renouvelée et on retira 1500 gr. de pus semblable à celui qui avait été évacué par la première thoracentèse ; l'état général se maintint à la suite aussi bon que la première fois ; mais pendant quatre ou cinq jours le malade eut des quintes de toux assez rapprochées suivies de l'expectoration de quelques mucosités sanguinolentes.

D'ailleurs la respiration était devenue beaucoup plus facile, le malade pouvait aller et venir sans être pris de dyspnée, il pouvait se coucher sur le côté droit ; et quand il sortit, quelques jours plus tard, il conservait encore de la matité, de la faiblesse du murmure vésiculaire et quelques râles dans le côté droit ; il restait encore là une quantité de liquide difficile à apprécier, peu considérable en tout cas.

Le liquide de la deuxième ponction a été examiné par notre collègue, M. Talamon, qui nous a remis la note suivante : « L'examen microscopique ne montre dans le liquide que de fines granulations et pas de globules de pus, ou de globules sanguins ; on n'y découvre aucune apparence d'organismes ; pas de bactéries, ni de micrococci.

« Une goutte de ce pus estensemencée dans un ballon Pasteur, préparé suivant la méthode, et contenant un bouillon fait avec de l'extrait de viande Liebig, dilué dans

quinze fois son poids d'eau, le ballon est mis dans l'étuve à 37°.

« Le lendemain et les jours suivants, le bouillon reste clair : le pusensemencé ne contenait donc aucun organisme vivant. »

Observation IX. — In Thèse Sainton. Paris 1881. — Pyothorax latent chez un jeune homme atteint de polyurie simple depuis son enfance. — Thoracentèse. — Guérison.

Le nommé Remy, ouvrier en portefeuilles, âgé de 21 ans, entre le 15 juin 1880 dans le service de M. Proust, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles, n° 16.

Ce malade est atteint depuis son enfance d'une polyurie considérable, émettant 10 à 12 litres dans les vingt-quatre heures. La polydipsie est naturellement très grande et en rapport avec la quantité d'urine rendue. Mais il n'a jamais été incommodé autrement par ces symptômes ; ce qui l'amène à l'hôpital, c'est que depuis deux mois il éprouve un affaiblissement toujours croissant et de temps à autre un peu de gêne pour respirer.

Son état général paraît bon. Il n'est pas amaigri ; ses traits sont seulement un peu fatigués et pâlis. Il ne tousse pas, mais éprouve souvent de vives douleurs dans le côté droit. Il dit encore qu'il y a deux mois et demi, il a eu un chancre de la couronne du gland, avec des ganglions tuméfiés dans l'aîne.

Ce malade est d'abord examiné peu complètement ; beaucoup d'autres, plus gravement atteints en apparence, étaient entrés le même jour, et toute l'attention se porte sur la polyurie dont il se plaint. L'urine est claire comme de l'eau de roche ; on n'y trouve aucune trace d'albumine

ni de sucre. En mélangeant toute celle qui est rendue dans les vingt-quatre heures (9 litres), le dosage de l'urée donne seulement 1 gramme 25 par litre, c'est-à-dire 12 à 13 grammes d'urée par jour, quantité inférieure à la normale. C'est donc une polyurie simple sans azoturie, sans glycosurie ni albuminurie.

Là se bornent toutes nos investigations, nous réservant de compléter les jours suivants l'examen qui paraissait n'avoir rien d'urgent.

Mais le 17 juin, dans la soirée, il est pris d'une gêne considérable de la respiration; le léger point de côté qu'il avait ressenti à droite est plus marqué; la dyspnée est par moments si grande que le malade ne peut rester dans le décubitus et qu'il est forcé de s'asseoir en proie à un besoin d'air des plus pénibles.

Le lendemain matin, le malade est encore très dyspnéique; ses lèvres, ses joues sont légèrement cyanosées: nous constatons alors tous les signes d'un épanchement abondant du côté droit: matité absolue, absence de vibrations locales, souffle, œgophonie, pectoriloquie aphone.

Nous pratiquons alors la thoracentèse avec l'appareil de Potain, au lieu d'élection. Mais il ne s'écoule pas de liquide de la canule; nous avons la sensation qu'elle n'est pas dans une cavité libre; elle n'est pas non plus dans le poulmon, car il n'en sort ni sang ni gaz; il semble qu'elle soit dans un paquet de fausses membranes. Nous retirons le trocart pour l'enfoncer à quelques centimètres en arrière. Cette seconde ponction laisse écouler trois quarts de litre d'un liquide purulent mêlé de grumeaux. Après la thoracentèse, la respiration reparaît en avant et à la partie supérieure en arrière; mais la matité reste complète dans la moitié inférieure.

Les jours suivants, le malade eut de la fièvre; la température monta jusqu'à 39°3; on constata les signes d'une

reproduction partielle de l'épanchement qu'on combattit par l'application de vésicatoires ; la question de la pleurotomie fut même posée un instant ; mais dès le 28 juin, la température s'abaissait et rapidement tout mouvement fébrile disparaissait. En même temps le reste de l'épanchement diminuait visiblement.

L'amélioration, dès lors, s'accroît de jour en jour ; le malade recouvre ses forces ; il n'existe de matité qu'en arrière et en bas, mais même en ce point, on perçoit le murmure vésiculaire quoique affaibli ; il reste sans doute là une couche de fausses membranes, sans mélange de liquide. Le malade sort guéri de la pleurésie mais non de la polyurie, le 20 novembre 1880.

Observation X. — In Thèse Sainton. Paris, 1881. — Pleurésie purulente datant de quelques mois. — Vomique légère. — Etat général satisfaisant.

Maria Thomas, âgée de 7 ans, entre le 25 mai 1879, dans le service de M. le docteur Archambault, au n° 22 de la salle Sainte-Genève, à l'hôpital des Enfants-malades.

Peu de renseignements précis ont pu être obtenus sur le début de la maladie de cette enfant ; elle tousse, paraît-il, depuis près de deux ans ; c'est tout ce que l'on peut nous en dire.

Actuellement, le 1^{er} juillet, Maria Thomas est une enfant petite pour son âge, mais d'assez bonne mine cependant ; elle est gaie, reste levée pendant presque toute la journée, et joue volontiers avec les autres enfants de la salle ; ses mouvements sont toutefois un peu lents, et elle marche à petits pas sans jamais courir comme ses compagnes.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants :

En avant toute la moitié droite du thorax présente, de la clavicule au rebord des fausses côtes, une voussure considérable avec dilatation du réseau veineux sous-cutané. Dans toute cette région la percussion donne une matité absolue avec résistance sous le doigt, et l'auscultation fait entendre un souffle bronchique intense, dur et superficiel. Le foie est très abaissé et déborde de deux travers de doigt le rebord costal.

En arrière, submatité dans toute la moitié droite du thorax, diminution du murmure vésiculaire et gros frottements pleuraux. Toute cette région thoracique droite postérieure contraste, par l'abaissement des côtes et l'affaissement qui en résulte, avec la voussure antérieure du côté correspondant.

Du côté gauche de la poitrine et au cœur, rien d'anormal à signaler.

Malgré cet état local, l'enfant n'a pas de dyspnée au repos, elle ne s'essouffle que quand on la fait marcher un peu vite.

Par moments, elle est prise de quintes de toux qui amènent de temps à autre le rejet d'une cuillerée à café environ d'un pus épais, non aéré et nullement fétide. Mais cette expectoration purulente n'est pas continue et fait souvent défaut pendant plusieurs jours de suite.

Notons un dernier détail : les ongles sont convexes et recourbés d'avant en arrière, et les doigts renflés en massue à leurs extrémités.

Pendant les six derniers mois de l'année 1879, l'état général et local de Maria Thomas s'est peu modifié. Cette enfant a continué à bien manger, elle n'a rien perdu de son embonpoint, de sa gaieté ni de ses forces ; seulement les déformations de la pleurésie chronique droite postérieure sont de plus en plus accentuées, le thorax s'est incurvé, l'épaule droite et le côté correspondant du cou

se sont inclinés ; l'attitude au repos et la marche sont devenues tout à fait caractéristiques.

Le diagnostic de pleurésie purulente enkystée avec vomique avait du reste été confirmé par une ponction exploratrice qui, pratiquée le 7 août, dans le sixième espace intercostal droit, à égale distance des lignes axillaire et mamelonnaire, avait donné issue à 200 ou 300 grammes de pus épais, bien lié, phlegmoneux et sans odeur fétide. Les jours qui avaient suivi cette ponction, aucune réaction générale ni locale ne s'était manifestée ; mais en présence de la parfaite tolérance de l'organisme, on ne crut pas devoir répéter cette intervention, encore moins pratiquer l'opération de l'empyème.

Observation XI. — In thèse Sainton. Paris, 1881. — Pleurésie purulente datant de deux ans et demi. — Une thoracentèse. — Guérison.

Au mois d'août 1878, un jeune homme de 17 ans, bijoutier, se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu, parce qu'il était depuis quelque temps sujet à des étouffements, et fut admis, salle Saint-Joseph, dans le service de M. le professeur Sée, suppléé par M. Debove.

Il était grand, mince, avait le teint pâle et semblait fatigué, on pouvait le prendre à première vue pour un phthisique.

Cependant il ne toussait que rarement, il ne crachait pas, et n'éprouvait de gêne qu'après une marche, ou après des efforts un peu prolongés ; il était, en somme, malade depuis deux ans et demi. A cette époque, il avait été très fatigué, et avait eu, à la suite d'un refroidissement, une pleurésie du côté gauche (tel fut du moins le diagnostic du

médecin qui le vit à ce moment). Pendant plus de deux mois il avait dû garder le lit, il toussait d'une toux fatigante, crachait peu, souffrait du côté gauche, avait une fièvre vive, et était en somme fort malade. Peu à peu il se rétablît, mais lentement. La ponction n'avait pas été faite, on avait seulement appliqué quelques vésicatoires et donné quelques médicaments dont le malade ignore la nature. Le rétablissement fut toujours incomplet ; la poitrine se déforma, la respiration resta courte, et après les fatigues le malade était sujet à de petits accès d'oppression.

Quand on examine la poitrine, on est frappé de l'asymétrie considérable qu'elle présente.

Le côté gauche est bombé, saillant en avant, globuleux, les espaces intercostaux sont élargis, et le côté droit semble par comparaison rétracté derrière lui.

Matité absolue dans toute la hauteur de ce côté gauche, aussi bien en avant qu'en arrière, pas de vibrations thoraciques.

La pointe du cœur, refoulée à droite, bat sous le sternum ; pas de lésion cardiaque. A l'auscultation, respiration large et puérile à droite ; ce côté semble parfaitement sain.

A gauche, silence dans toute la hauteur, la toux se perçoit à peine, et au moment de la grande inspiration qui la précède, on entend seulement un souffle doux et lointain ; silence absolu du murmure respiratoire, pas d'œgophonie, ni de pectoriloquie aphone, pas de bruit de flot quand on pratique la succussion.

La fièvre est nulle, le pouls régulier et peu fréquent ; pas de sueurs nocturnes ; les digestions sont moins bonnes depuis quelques jours, mais il n'y a pas de symptômes généraux graves. Les ongles sont un peu en masse.

Il était évident qu'il y avait dans la poitrine de ce jeune homme une collection liquide datant de longtemps; car depuis deux ans, le thorax n'avait pas changé de forme, et il n'y avait eu ni point de côté, ni fièvre, ni état inflammatoire appréciable depuis cette époque.

Comme la respiration était courte et le cœur dévié, M. Debove fit une ponction avec l'appareil Castiaux; on retira 1000 grammes de liquide et on s'arrêta, sans avoir vidé la plèvre qui semblait en contenir au moins trois litres, avant que le malade fût pris de quintes de toux.

Le thorax s'affaissa un peu mais la pointe du cœur ne quitta pas la ligne médiane.

Le liquide extrait de la plèvre était jaune, crémeux, sans odeur; c'était du pus, non du pus séreux, mais du pus d'apparence louable. Il fut examiné aussitôt, et on n'y trouva que des granulations graisseuses et des leucocytes granuleux.

Le soir de la ponction, le malade eut de la fièvre. Les jours suivants, la température resta encore élevée et atteignit 39° 5; le côté devint douloureux, sans présenter d'empiètement; le malade perdit l'appétit et dut rester au lit. Cet état fébrile, indice certain d'une poussée inflammatoire, dura une dizaine de jours. Au bout de ce temps, la fièvre diminua peu à peu, l'appétit revint et le malade put se lever. La poitrine était dans le même état qu'au moment de l'entrée. L'oppression semblait moins forte. Cependant la ponction n'avait produit qu'une poussée inflammatoire et ne paraissait avoir amené aucune amélioration.

Le malade, dont l'état général était bon au moment de la sortie, n'a pas été revu. On s'était demandé pendant quelques jours s'il ne serait pas urgent d'ouvrir au pus une large ouverture et de

faire dans la plèvre des lavages quotidiens. La chute de la fièvre avait engagé M. Debove à temporiser et l'opération de l'empyème était devenue inutile.

Observation XII. — In thèse Sainton. Paris, 1881. — Pleurésie purulente datant de trois ans. — Une thoracentèse. — Amélioration pendant deux ans.

Soulier (Alfred), 32 ans, emballleur, entre le 15 décembre 1880, à la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy.

Cet homme est malade depuis trois ans, c'est-à-dire depuis la fin de 1877. A cette époque il aurait eu, dit-il, un pneumothorax à la suite d'un effort, et fut soigné à l'hôpital Saint-Antoine. Il ne subit pas alors de thoracentèse.

En février 1879, il entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Empis. Là on ne trouva pas de pneumothorax et une ponction amena l'issue de deux litres et demi de pus. Le malade assure qu'on avait arrêté l'écoulement avant l'évacuation complète du liquide contenu dans la cavité pleurale, et déclare s'être trouvé soulagé à la suite. Il sortit le 1^{er} mars 1880.

Cependant il ne put jamais reprendre son travail ; la respiration, facile au repos, devenait très pénible au moindre effort. Mais l'état général était bon ; pas de fièvre, pas de frissons, pas de sueurs.

A son entrée à la Charité, il ne se plaint que des étouffements qui l'empêchent de marcher ou de travailler, et de l'impossibilité de se coucher sur le côté gauche. Il est un peu maigre et pâle ; mais l'appétit est bon et les digestions faciles.

L'examen de la poitrine montre l'existence d'un épanchement liquide dans la plèvre du côté droit, s'élevant jusqu'à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse. Le foie paraît un peu abaissé. Aucun signe de tuberculose aux sommets.

Il porte en outre des abcès froids, l'un au-dessous de l'extrémité externe du pli de l'aîne, du côté droit, qui s'est ouvert spontanément et est resté fistuleux; un autre, à la partie antérieure et supérieure de la cuisse droite, qui a été ponctionné le 19 février dernier. A la partie interne de la cuisse droite se voit la cicatrice d'un autre abcès qui, comme les précédents, s'est montré il y a quatre mois. Aucune apparence d'altération de la colonne vertébrale. Ce malade est encore tenu en observation et n'a pas été ponctionné de nouveau.

Observation XIII. — **Bacelli**, in ARCHIVIO DI MEDICINA CHIRURGICA ED IGIENA. Roma, 1875. — **Rapportée par M. Guéneau de Mussy**, in UNION MÉDICALE, 1876. (Quelques considérations nouvelles sur la valeur de la pectoriloquie aphone dans les épanchements pleuraux.)

Une femme contracte une pleurésie quatre jours après être accouchée; elle subit différents traitements énergiques, et n'étant pas rétablie après plusieurs mois, elle entre dans le service du professeur Bacelli. Il constate les signes d'un épanchement occupant tout le côté droit avec souffle bronchique. La voix aphonique se transmettait avec une parfaite limpidité dans toute l'étendue du thorax tant en avant qu'en arrière. On diagnostiqua un épanchement d'une consistance ténue dans toute la cavité du côté droit. On pratiqua la thoracentèse et on vit jaillir un liquide jaunâtre, opaque, visqueux, acide et qui avait l'ap-

parence du pus. Cependant ce liquide examiné au microscope ne renfermait pas de cellules purulentes, mais des myriades d'éléments granulo-gras-seux ; traité par l'éther il devenait transparent, citrin et ne présentait au microscope aucun élément figuré. Pour M. Bacelli ce n'était pas du pus, mais une simple et complète métamorphose grasseuse des exsudats.

Après une amélioration passagère, les symptômes pleurétiques reparurent avec des accès de fièvre vespéraux. Le liquide s'était reproduit, mais cette fois la voix aphone n'était pas transmise dans toute la hauteur de l'épanchement, et là où on la percevait elle était moins nette que la première fois. On pratiqua une seconde ponction, et comme on l'avait prévu, le liquide qui était épais, filant, légèrement acide, renfermait outre des éléments granulo-gras-seux un grand nombre de cellules purulentes. On imputa à l'inflammation provoquée par le traumatisme ce changement survenu dans la nature de l'épanchement. Se sentant très soulagée, la malade réclame sa sortie et se rétablit.

Observation XIV. — In Thèse Favre. Paris, 1873. — Pleurésie purulente. — Quatre thoracentèses. — Guérison.

J'ai retrouvé dans des notes prises en 1869 dans le service de M. Guéneau de Mussy, salle Ste-Agnès, à l'Hôtel-Dieu, l'histoire d'un malade atteint de pleurésie purulente chronique primitive qui sortit guéri de l'hôpital.

Ce malade était un maçon, âgé de 24 ans. d'une bonne constitution. A son entrée à l'hôpital, au commencement de février 1869, il présente les symptômes suivants : toux, dyspnée considérable, décubitus sur le côté droit impossible.

Le côté gauche de la poitrine est considérablement

bombé, les espaces intercostaux sont très écartés. A la percussion, on entend une matité absolue depuis la fosse sous-épineuse jusqu'en bas. Dans tout cet espace, absence complète du murmure vésiculaire que l'on n'entend que dans la fosse sus-épineuse. Le cœur est refoulé à droite et on sent battre la pointe jusque sous le mamelon droit.

Le côté droit ne présente rien de particulier à la percussion, ni à l'auscultation, si ce n'est un peu de respiration supplémentaire.

Le malade dit n'avoir jamais toussé; pas de maladies antécédentes, pas de maladies de poitrine dans sa famille.

L'appétit est resté bon; les fonctions digestives se font bien, aussi pas d'amaigrissement notable. Le malade ne se plaint que d'une grande difficulté de respirer quand il marche. Pas de fièvre.

On diagnostique, vu l'absence de symptômes généraux graves, un vaste épanchement pleurétique de nature séreuse.

Deux ou trois jours après son entrée, M. Guéneau de Mussy pratique la thoracentèse, et s'arrête après avoir retiré environ un litre de liquide louche, épais, filant. Ce liquide examiné au microscope présente une immense quantité de leucocytes.

Le malade se trouve très soulagé de cette première ponction qui fut renouvelée quelques jours après. On retira encore environ un litre de liquide purulent.

La thoracentèse fut ainsi pratiquée quatre fois, et chaque fois, on retira environ un litre de pus; après chaque ponction on voyait le cœur se rapprocher de sa place normale, la sonorité et le murmure respiratoire revenir de plus en plus dans le côté affecté.

Enfin le malade sortit guéri au bout de deux mois, sans avoir jamais présenté que quelques mouvements fébriles insignifiants.

Observation XV. — In Thèse Favre. Paris, 1873. — Pleurésie ancienne. — Thoracentèse. — Amélioration.

Le 16 juin 1873, entre à la Pitié, salle Saint-Athanase, service de M. Marotte, le nommé Bertholin (Émile), mécanicien, âgé de 37 ans.

Cet homme est grand et fort, vigoureusement constitué. Le thorax est très développé. Il a toujours joui d'une bonne santé. Pas d'antécédents héréditaires.

Ce malade raconte qu'il a souffert beaucoup pendant la guerre, étant soldat à l'armée de Bourbaki. Il passa quinze jours à l'hôpital en Suisse pour des fièvres.

Rentré dans ses foyers, il reprit son travail. Cependant sa santé n'était pas complètement remise ; de temps en temps il souffrait dans le côté. Il y a neuf mois, ses jambes enflèrent un peu ; il éprouvait de la difficulté à respirer ; de temps à autre, le soir, il avait un peu de fièvre. Il n'en continua pas moins ses occupations, étant de temps en temps obligé de s'arrêter quelques jours pour se reposer.

Dans ces derniers temps, la difficulté de respirer étant devenue plus prononcée, il se décida à entrer à l'hôpital.

Voilà ce que l'on constate à la visite :

L'état général est très bon ; pas de fièvre. Le malade a de l'appétit et du sommeil ; mais ce qui frappe immédiatement lorsqu'on le fait asseoir dans son lit, c'est l'oppression. Il est obligé de faire de grands efforts pour introduire l'air dans sa poitrine.

Le moindre mouvement un peu brusque augmente la dyspnée, et si l'on fait lever le malade et qu'on lui commande de marcher, il est obligé de s'asseoir immédiatement ; il étoufferait, dit-il.

Point de toux, point d'expectoration. Le pouls est à 66.

A l'examen du malade, on trouve une matité absolue

dans tout le côté gauche de la poitrine, et absence complète des vibrations thoraciques.

L'auscultation révèle l'absence absolue du murmure respiratoire dans tout le côté gauche, aussi bien au sommet qu'à la base, en avant qu'en arrière. Elle montre qu'en outre, à gauche, on ne perçoit nullement les bruits du cœur; ceux-ci sont vivement frappés dans le côté droit de la poitrine. De ce même côté droit, respiration normale, point de souffle, point d'ægophonie.

Les autres appareils n'offrent rien de particulier à noter.

Diagnostic. — Épanchement ancien, probablement séreux, occupant tout le côté gauche de la poitrine; déviation du cœur à droite. Pleurésie très ancienne.

Marche. — Traitement. — Le 18 juin, surlendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, on pratique la thoracentèse avec l'aspirateur Dieulafoy : on retire quatre litres et demi de liquide. Ce liquide est huileux, jaunâtre. On dirait que çà et là surnagent des flocons de graisse. Examiné au microscope, il contient des leucocytes en très grande quantité. Traité par l'ammoniaque, il se prend en masses filantes. Pas d'albumine, très peu de sérum.

On avait donc affaire à un vaste épanchement purulent.

Aussitôt après la thoracentèse, le malade est pris de quintes de toux violentes qui se calment au bout d'une demi-heure.

La respiration revient dans presque tout le côté gauche de la poitrine, excepté en bas où elle est encore voilée. Le cœur est revenu à sa place.

Le 19 juin, lendemain de l'opération, on entend la respiration à peu près normale dans tout le côté gauche de la poitrine.

Le malade continue à aller mieux, il mange bien et dort bien.

Trois semaines après son entrée, le 8 juillet, jour de son départ, la guérison s'est parfaitement maintenue.

Observation XVI. — Epanchement pleural chyloforme. — Ponctions. — Reproduction du même liquide. — Quatre thoracentèses en cinq ans. — Hérard, UNION MÉDICALE, 1881.

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, journalier, sans antécédents héréditaires, qui, en 1874, dans le cours d'une bronchite, fut pris d'une pleurésie droite abondante qui nécessita l'application de huit vésicatoires ; mais quand il arriva dans mon service, je fus obligé de lui pratiquer la thoracentèse, qui donna un liquide puriforme. Il fut rapidement guéri, du moins en apparence, car, trois mois après, il rentra de nouveau à l'hôpital et je lui fis une nouvelle ponction qui donna issue à plusieurs litres du même liquide.

En 1875, troisième ponction, même liquide ; il fut guéri cette fois, pendant plus de trois ans.

En 1881, je le retrouve dans le service de M. Moutard-Martin, avec un épanchement énorme. Une ponction faite avec l'appareil Potain donne un quart de litre d'un liquide épais sortant avec peine. Substituant une aspiration plus énergique à la première, nous obtenons un liquide blanc, crémeux, ne contenant ni globules blancs, ni globules rouges, rien que de la cholestérine et de la graisse. Quelque temps après, le malade allait très bien. Le 4 mai dernier il revient dans mon service ayant bonne apparence, mais se plaignant de dyspnée avec pesanteur dans le côté droit. En effet la plèvre de ce côté s'était de nouveau remplie, et, à l'aide d'un aspirateur, je lui enlevai encore 2300 grammes d'un liquide puriforme qui au bout de deux minutes se sépara dans le vase qui le contenait en deux couches ; la couche inférieure ressemblait à de la graisse

figée, elle était composée d'une grande quantité de leucocytes entourés de granulations graisseuses fines et nombreuses, sans cholestérine. Aujourd'hui le malade va bien. Le voilà encore guéri, pour combien de temps? Je l'ignore. En résumé voilà un malade qui en cinq ans a subi quatre thoracentèses, pour une pleurésie non fébrile avec épanchement tantôt graisseux et tantôt purulent.

Observation XVII. — (Debove, MÉMOIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS, 1881, page 49). — **Pleurésie chyliforme datant de trois mois.** — **Une thoracentèse.** — **Mort de syncope.**

Le nommé L..., âgé de 63 ans, nous raconte qu'il y a trois mois, il prit froid dans le courant de la journée, et que, dans la soirée et la nuit qui suivirent, il eut des frissons. A partir de cette époque, il fut oppressé; la toux devint fréquente; des palpitations survenaient facilement. Ces phénomènes augmentant, le malade entra à l'infirmierie de Bicêtre le 16 avril. Nous le voyons pour la première fois le lundi 18 avril.

L... est très affaibli, sa voix presque éteinte, son état général mauvais; ses extrémités sont froides et ont une teinte asphyxique. La dyspnée est intense, les palpitations sont pénibles; le pouls est petit, fréquent, régulier, très faible. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace gauche près du sternum. La matité est complète dans tout le côté gauche du thorax; il n'y a même pas de bruit skodique. Absence de vibrations thoraciques et de murmure respiratoire. Pas de pectoriloquie aphone. Vers la racine du poumon, en arrière, on entend un souffle. Le diagnostic ne paraissait présenter aucune difficulté; il s'agissait

d'une pleurésie avec épanchement considérable. Il semblait indiqué d'évacuer le liquide ; mais telle est la situation du malade que nous hésitons, craignant de faire une opération inutile et d'accélérer la mort par une intervention chirurgicale.

Le lendemain 19 avril, le malade est dans une situation analogue. Nous nous décidons néanmoins à pratiquer la thoracentèse, sans nous dissimuler les dangers qu'elle pouvait présenter. Nous ponctionnons avec l'appareil de M. Potain, et nous avons extrait environ trois quarts de litre de liquide jaunâtre, ressemblant à une émulsion, lorsque le malade se plaignit d'oppression, pâlit et au bout de quelques instants fut pris d'une syncope mortelle.

Le liquide extrait par la ponction est jaunâtre, opaque ; à première vue on le prendrait pour un liquide purulent ; mais il ressemble exactement à une émulsion, il contient en outre des paillettes micacées. Son odeur est nulle, sa réaction alcaline, sa densité est de 1025. Examiné au microscope, il présente de nombreuses granulations graisseuses d'une grande finesse, et quelques gouttelettes graisseuses plus volumineuses ; les unes et les autres sont entièrement solubles dans l'éther.

On y trouve encore une très grande quantité de cristaux de cholestérine qui forment par places de véritables amoncellements. Il ne contient pas de globules sanguins, mais un petit nombre de globules blancs. L'altération graisseuse de ces derniers est peu prononcée et ils sont si rares qu'il faut faire plusieurs préparations pour en trouver un seul. — Par le repos, il ne s'est pas formé de couche crémeuse à la surface du liquide, et il n'y a pas de coagulum indiquant la présence de la fibrine. — Une portion du liquide, conservée dans un vase à expérience, ne présentait pas encore d'altération manifeste quinze jours après la ponction et ne répandait aucune odeur. Les caractères micros-

copiques étaient les mêmes : on y rencontrait seulement quelques organismes inférieurs. — Nous avons prié M. Yvon de faire une analyse de ce liquide ; en voici les résultats :

	(Albumine coagulable .	68 »
Matières organiques : 79,28	(Cholestérine	3 80
	(Matières grasses	3 40
	(Matières azotées	1 50
Matières minérales		7 10
Eau		13 62
Matières non dosées, pertes		2 58

Autopsie. — Pratiquée 24 heures après la mort. — On ne constate aucune lésion du cerveau, du foie, des reins, de la rate, du cœur, du poumon, sauf que le cœur était déplacé et refoulé vers la ligne médiane, le poumon gauche refoulé vers la partie supérieure du thorax, aplati contre la colonne vertébrale. — L'épanchement était de deux litres (ce qui fait trois litres, si nous tenons compte du liquide évacué par la ponction). Il présentait des caractères identiques à ceux que nous avons précédemment indiqués.

Le liquide était contenue dans une poche qui, dans toute son étendue, se confondait avec la plèvre. Cette paroi avait une épaisseur de plusieurs millimètres et était formée de plusieurs couches superposées ; sa couleur était jaunâtre, semblable à celle du tissu jaune élastique. Elle rappelait l'aspect d'une aorte légèrement athéromateuse. — Nous avons pratiqué des coupes minces de cette paroi épaisse, afin d'en connaître la structure. Elle était formée de couches fibreuses et stratifiées, comme il s'en forme fréquemment à la surface des viscères et particulièrement de la rate. Ces diverses couches contenaient dans leurs intervalles de fines granulations graisseuses, semblables à celles de l'épanchement, d'où la coloration jaune de la

membrane ; en certains points elles étaient beaucoup plus abondantes et formaient de véritables taches. Ces trois caractères, couches stratifiées, coloration jaune, taches jaunes expliquent la ressemblance si frappante de notre membrane avec une aorte athéromateuse.

La cavité pleurale ne contenait ni néomembranes, ni fausses membranes, ni flocons fibrineux en suspension dans le liquide ; sa paroi, absolument lisse, ne présentait aucune trace d'ulcération et, en raison de son épaisseur, elle a pu être enlevée dans toute son étendue et examinée avec soin, et nous avons spécialement noté l'absence de toute lésion du canal thoracique.

Observation XVIII. — Cas de M. Zuber. — Epanchement pleural chyloforme. — Tuberculose. — Alcoolisme. — In Thèse Perrée. Paris, 1881.

A l'occasion du rapport qui fut fait du cas précédent, et lorsque le liquide fut soumis à l'examen de la Société médicale des hôpitaux, M. Zuber se rappela que lui-même, un jour, il y a trois ans, avait trouvé un liquide de ponction absolument semblable chez un tuberculeux alcoolique arrivé à la dernière période de sa maladie. Mais mon premier mouvement, dit-il, fut de la stupéfaction : je n'en pus croire mes yeux et finalement j'attribuai la surabondance étonnante de la graisse dans le liquide pleural à une cause d'erreur, à une impureté, etc. Le malade mourut sans qu'il me fût possible de faire l'autopsie, et si je n'ai pas communiqué cette curiosité pathologique, c'est que j'étais persuadé, jusqu'à la communication de M. Debove, que j'avais été victime d'une mystification.

Observation XIX. — (Debove. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 1887, page 72). — **Pleurésie purulente datant de deux ans.** — **Quatre thoracentèses.** — **État général satisfaisant.**

Le nommé H..., âgé de 30 ans, est admis dans mon service le 11 février 1884. Il était malade depuis six mois ; sa santé était jusque là bonne, lorsque peu à peu, il sentit ses forces décliner, cracha quelques filets de sang ; mais jamais il ne dut garder le lit, ni même interrompre son travail avant son entrée à l'hôpital.

Nous constatons alors qu'il est apyrétique, un peu amaigri, et qu'il présente, à une certaine pâleur près, l'apparence d'une assez bonne santé ; il n'y a pas même d'anhélation lorsqu'on l'observe à l'état de repos. L'examen du thorax nous révèle l'existence d'un épanchement considérable du côté gauche. Le diagnostic pleurésie latente est posé. Nous pratiquons la thoracentèse et nous retirons un litre de liquide séro-purulent : ce n'était pas du pus franc, mais un épanchement séreux louche. Nous croyions qu'il restait bien deux litres de liquide dans la plèvre, mais suivant notre habitude nous n'avions pas enlevé la totalité de l'épanchement. Il est important de noter que la purulence s'est produite d'emblée avant toute thoracentèse.

On est donc obligé de reconnaître qu'ici la thoracentèse ne peut être incriminée. Dès que cette opération fut introduite dans la pratique courante, on l'accusa de produire la purulence et je crois qu'on avait raison ; la théorie des germes microbiens est venue nous démontrer la cause pathogénique de cette transformation. Aussi a-t-on recommandé pour éviter ce danger d'opérer avec des instruments désinfectés soigneusement. Nous-même avons insisté sur

ce point dans un cas où il nous a paru que des germes venus du dehors avaient été la cause des accidents, et nous avons préconisé l'emploi de l'étuve pour stériliser les trocarts. (Société des hôpitaux, séance du 10 mars 1882). Mais on exagère aujourd'hui cette doctrine, et il semblerait que toutes les pleurésies séreuses, qui deviennent purulentes, le deviennent par un défaut de soin de l'opérateur, et ne sauraient le devenir spontanément. Chez notre malade, dès la première ponction, l'épanchement était réellement purulent (pour dire vrai, la purulence, légère au moment de la première ponction, avait un peu augmenté au moment de la seconde ponction deux mois plus tard).

Dans l'année 1884, je fis quatre ponctions : chaque fois l'épanchement s'est reproduit ; je me suis lassé, et depuis dix-huit mois je me suis abstenu de toute intervention thérapeutique.

Voici aujourd'hui l'état de notre malade. Il a un épanchement thoracique gauche abondant que j'évalue à trois litres. Je ne rappelle pas les signes classiques des épanchements considérables, je signale seulement le déplacement du cœur. La pointe bat au niveau de l'extrémité sternale, mais on sent un frémissement synchrone aux contractions cardiaques, qui se perçoit très nettement dans toute la région sous-mammaire droite ; le cœur a subi une dislocation, la pointe est retenue par l'insertion du péricarde sur le diaphragme, mais la base a été rejetée à droite.

La fièvre est nulle ou peu marquée, la température étant de 37° le matin, 37°6 le soir, exceptionnellement 38 degrés. L'appétit est assez bon, les digestions sont un peu lentes, l'embonpoint est suffisant, quoiqu'il y ait eu un peu d'amaigrissement depuis deux ans.

Le malade se promène toute la journée et travaille vo-

lontainement en aidant les infirmiers à faire le service des salles.

Le liquide de l'épanchement est absolument opaque, mais peu épais, et les globules de pus nagent dans une plus grande quantité de sérum que dans les pleurésies purulentes aiguës. On y trouve les microcoques observés en pareille circonstance, mais ici ils sont beaucoup moins nombreux que d'habitude.

Je terminerai en disant qu'il n'y a chez cet homme aucun signe de tuberculose.

Observation XX. — (Debove. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX 1887, page 74.) — Pleurésie purulente datant de deux ans. — Thoracentèse suivie de pleurotomie. — Opération d'Estlander. — Mort.

Le nommé G.... entre à l'hôpital le 2 mars 1885, présentant tous les signes d'un épanchement pleurétique abondant. Voici comment avait débuté sa maladie :

Pendant l'hiver de 1883, il fut pris d'un rhume, eut quelques hémoptysies, un amaigrissement notable, et son état s'améliora pendant l'été. Il eut une syncope au mois d'octobre et, en revenant à lui, il fut en proie à une dyspnée très intense. Un médecin appelé déclara que le poulmon était crevé (sic); je crains que notre confrère n'ait pris la pleurésie pour un pneumothorax.

Huit jours plus tard, le malade entra à l'hôpital Laennec : on diagnostiqua une pleurésie, on veut la ponctionner, le malade s'y refuse et quitte le service. Il entre ensuite à Saint-Antoine ; du 10 janvier au 1^{er} mars, on fait deux ponctions ; le liquide était transparent, au dire du malade ; la première fois on extrait trois litres de liquide,

la seconde fois, un litre. Il se croyait guéri lorsque, vers le mois de novembre 1884, il est pris de toux, de dyspnée, de douleurs dans le côté droit; ces phénomènes augmentant peu à peu, l'obligent à entrer dans notre service le 2 mars 1885.

L'apparence du malade était alors assez bonne, il n'était pas amaigri, sa face était colorée. La dyspnée et les douleurs thoraciques dans le côté droit étaient les seuls troubles fonctionnels. La température ne dépassait jamais, le soir, 37° 8. L'exploration physique du thorax fit reconnaître un épanchement énorme du côté droit, une ponction exploratrice nous montra que cette pleurésie était purulente.

Dans le cas actuel, il est difficile de savoir exactement comment les choses se sont passées au début, mais on peut dire cependant qu'il s'agit d'une pleurésie séreuse latente transformée ultérieurement en pleurésie purulente.

L'épanchement était énorme. Je dis énorme, parce que, en effet, pratiquant l'opération de l'empyème le 5 mars, nous tirons de la plèvre neuf litres de pus. Je dis neuf litres, et il ne s'agit pas ici d'une approximation, mais d'une mensuration exacte faite aussitôt après opération, en présence des élèves du service; je ne connais pas d'exemple d'épanchement aussi abondant.

L'état général du malade fut satisfaisant et se maintint apyrétique jusqu'au 28 novembre, ou plus exactement, il y eut de temps à autre de petites poussées fébriles qui disparaissaient par un lavage avec des solutions faibles de bichlorure de mercure. A cette époque, l'état général étant toujours satisfaisant, comme il n'y avait aucune tendance à l'accroissement des parois pleurales, on pratiqua l'opération d'Estlander. Le malade n'y survécut que peu de jours et l'autopsie démontra que le poumon n'avait au-

cune tendance à combler le vide thoracique, il était si grand qu'une opération chirurgicale ne pouvait amener aucun résultat satisfaisant.

Observation XXI. — (Debove. SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 1887, page 73). — **Pleurésie datant de un an.** — **Deux thoracentèses.** — **Pleurotomie.** — **Opération d'Estlander.** — **Mort.**

Homme âgé de 30 ans, observé à Bicêtre en 1882. L'année précédente, il avait été pris d'une pleurésie aiguë, qui fut ponctionnée deux fois au dire du malade ; la première fois le liquide aurait été clair, la seconde fois purulent ; deux mois plus tard (septembre 1882) le malade entra dans notre service et nous constations chez un homme assez maigre, d'aspect chétif, un épanchement purulent du côté droit.

Le début des accidents pleurétiques paraissait remonter à six mois avant son entrée dans notre service. Le pus était bien lié, ne présentait aucun caractère spécial. Ce qui frappait surtout notre attention c'était, malgré l'abondance de la collection purulente, le peu d'élévation de la température, qui, le soir, ne dépassait pas 37°5.

Nous nous décidâmes à pratiquer l'empyème le 9 novembre. Il s'écoula trois litres de pus, les précautions antiseptiques les plus minutieuses furent prises. On fit un seul lavage et l'antisepsie fut telle qu'il n'y eut ni fièvre ni mauvaises odeurs dans les sécrétions, d'ailleurs peu abondantes ; mais le poumon n'avait aucune tendance à se dilater pour emplir la cage thoracique, et le 17 janvier, un chirurgien de nos collègues pratiquait l'opération d'Estlander. Le malade mourut peu d'heures après l'opération.

L'autopsie démontra que le poumon était réduit à une sorte de moignon rétracté vers le hile, aplati, et comme perdu au milieu des fausses membranes. Il y avait quelques tubercules au sommet du poumon gauche; ils ne s'étaient traduits pendant la vie par aucun symptôme appréciable.

Observation XXII. — Pleurésie purulente latente traitée avec avantage par les simples ponctions aseptiques répétées. — (Desplats, de Lille — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 1887, page 90).

Léonard M..., 32 ans, menuisier, entra pour la première fois dans mon service, le 5 décembre 1882. Il toussait depuis deux ans et avait eu plusieurs hémoptysies. Au moment de son entrée, le phénomène saillant était la dyspnée; il n'avait pas de fièvre. L'examen de la poitrine révélait l'existence d'un épanchement énorme; la matité était absolue dans toute la hauteur du côté droit, et la mensuration donnait de ce côté 47 centimètres et de l'autre 43.

Le 6, je retirai 1200 centimètres cubes d'un liquide louche.

Le 8, 1500 centimètres cubes.

Le 22, 2300 centimètres cubes d'un liquide plus nettement purulent.

Le 26, 1500 centimètres cubes d'un liquide plus séreux que le précédent. Il n'y avait toujours pas de fièvre. L'état général était excellent. Quant à la plèvre du côté malade, elle paraissait très épaissie.

Le 3 février le malade sortait, se croyant guéri; mais il rentrait le 10 avril.

On le ponctionnait le 13 et le 18, et il ressortait pour la seconde fois le 17 mai; une ponction faite le 15 n'avait rien donné.

Au bout de quelques semaines, ce malade reprenait son travail, et le continuait sans interruption pendant deux ans et demi.

Il rentrait à l'hôpital, se plaignant de dyspnée, en avril 1885. A ce moment, on constatait surtout de la sclérose ; et il sortait quelques jours après pour rentrer en novembre. Depuis il a subi quatre ponctions et, chaque fois, on a retiré 1200 à 1800 centimètres cubes de vrai pus.

Son état général s'améliore, sa dyspnée disparaît, ses forces reviennent. Il n'a jamais eu de fièvre. Un intervalle de deux mois s'est écoulé entre les deux dernières ponctions. Je suis convaincu que bientôt il pourra sortir et reprendre son travail.

Observation XXIII. — Bouveret (TRAITÉ DE L'EMPYÈME, page 392). Pleurésie purulente. — Dix thoracentèses. — Pleurotomie. — Amélioration momentanée. — Mort par tuberculose généralisée.

Cet homme, âgé de 38 ans, vient nous consulter pour la première fois en novembre 1880. Il tousse depuis de longues années, et, depuis huit à dix mois il souffre d'une pleurésie gauche dont le début est d'ailleurs difficile à préciser. Nous constatons à droite, au sommet, les signes d'une tuberculose très limitée et à évolution fibreuse manifeste. La plèvre gauche est pleine de liquide. L'état général est bon ; le malade se plaint seulement d'une très vive oppression. Le lendemain nous pratiquons une première thoracentèse et nous retirons de la poitrine 1,200

grammes d'un pus fluide et légèrement visqueux. Ce pus contenait peu de leucocytes bien formés, mais une grande quantité de granulations graisseuses et des fragments de globules blancs infiltrés de semblables granulations. La dyspnée disparut, et cet homme put reprendre ses occupations. Il était marchand ambulant et parcourait les villages environnants. Pendant un an, nous l'avons traité par la méthode des ponctions répétées. Jusqu'au mois de décembre 1881 il subit ainsi huit thoracentèses, et à chaque opération nous retirions à peu près la même quantité de liquide qui d'ailleurs présentait le même aspect et la même composition. Pendant les huit premiers mois, les ponctions furent assez espacées, puis il fallut les rapprocher davantage, car la reproduction du liquide se faisait de moins en moins attendre.

Cependant les lésions tuberculeuses restaient stationnaires au sommet du poumon droit. L'état général ne s'était point aggravé et le malade n'avait point maigri. Deux ponctions furent nécessaires pendant le mois de décembre 1881 ; mais le liquide présentait alors les caractères d'un pus véritable et non d'une sorte d'émulsion graisseuse. De plus, le malade avait de la fièvre et la température s'élevait à 40° après la dernière ponction.

Le 3 janvier 1882, la dyspnée avait déjà reparu et la situation était tellement grave que, devant l'insuccès bien constaté des dernières ponctions, nous proposons et pratiquons l'opération de l'empyème. Elle fut suivie d'un notable soulagement. La dyspnée diminua et la fièvre tomba en quelques jours. Puis l'appétit reparut et le malade reprit des forces et de l'embonpoint. Au mois d'avril, la cavité paraissait avoir diminué de plus de moitié, on entendait le murmure respiratoire sur une certaine étendue de la paroi thoracique, et tout le côté gauche présentait une rétraction manifeste. Bientôt le malade put sor-

tir et rester dehors pendant la plus grande partie de la journée. Cependant il ne reprit point ses pénibles occupations. Il survécut encore pendant huit mois. Il mourut épuisé, autant par les progrès de la tuberculisation que par la longue durée de la suppuration.

Le poumon droit contenait des lésions anciennes et fibreuses au sommet, des lésions récentes à la partie moyenne. Le poumon gauche était notablement dilaté et séparé de la paroi thoracique de trois à quatre centimètres seulement. Les deux feuillets de la plèvre présentaient un énorme épaissement.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE CLINIQUE

Tableau résumé de la maladie

Les premières manifestations du mal, sont assez souvent celles d'une pleurésie ordinaire, avec une intensité d'ailleurs très variable selon les sujets. Quelques uns ont alors une fièvre vive, un point de côté pénible, de la toux, une dyspnée très marquée ; ils sont obligés de garder le lit pendant un certain temps. Puis l'état général s'améliore, le malade peut aller et venir ; les fonctions digestives, si elles ont été intéressées tout d'abord, se rétablissent, l'appétit renaît, les forces reviennent, l'embonpoint reparaît. Bientôt le malade se livre de nouveau à ses occupations habituelles. Mais la respiration ne recouvre jamais son intégrité parfaite. Au repos le malade ne se sent pas gêné ; c'est à peine si les mouvements respiratoires sont un peu plus fréquents qu'à l'état ordinaire ; mais le décubitus sur le dos, ou sur l'un des côtés, s'accompagne d'une sensation pénible d'étouffement, parfois d'une véritable suffocation. Le malade vient-il à marcher

un peu vite, à monter un escalier, à faire un effort quelconque, il ne tarde pas à être obligé de s'arrêter, hors d'haleine : les mouvements respiratoires sont très fréquents et le cœur bat avec violence ; mais par le repos tout se calme bientôt.

Cet état se maintient pendant un temps très variable, quelquefois extrêmement long comme en témoignent les observations III et IV. Mais sous l'influence d'une cause quelconque, quelquefois sans motifs appréciables, un moment arrive où tous ces troubles supportables auparavant, acquièrent une intensité telle que le malade qui n'y avait d'abord vu qu'un reliquat de l'affection de poitrine antérieure, devant disparaître avec le temps, commence à s'inquiéter et songe à venir réclamer les secours de la médecine. A ce moment dans la plupart des observations, la gêne respiratoire a pris des proportions considérables, la dyspnée est extrême et presque incessante ; le malade ne peut se déplacer brusquement sans risquer d'étouffer ; la respiration courte, anxieuse, est très fréquente ; la face et les extrémités sont cyanosées.

Et pourtant au milieu de tous ces accidents menaçants, l'état général reste relativement satisfaisant, l'appétit est conservé, il y a peu ou pas d'amaigrissement. Si même on n'intervient pas dans ces conditions, la situation toute grave qu'elle paraisse, peut rester stationnaire pendant un temps assez long et même être compatible avec une activité physique assez grande. Tel est le cas

du général Russe dont nous rapportons l'observation d'après Guéneau de Mussy, et qui durant des années parcourut l'Europe, en proie à une dyspnée continuelle, s'arrêtant seulement à certains moments lorsque les accidents s'exaspéraient, reprenant son odyssée dès que le repos lui avait apporté un peu de soulagement.

Enfin si l'on n'intervient pas d'une façon active, il semble que toujours survienne une époque à laquelle la vie n'est plus possible ; le malade confine à l'asphyxie ou à la syncope mortelle.

On constate alors que la poitrine a pris d'un côté un développement énorme, les espaces intercostaux sont dilatés et saillants, le diaphragme et le foie sont fortement abaissés ; le médiastin et les organes qu'il contient sont refoulés du côté sain, et l'autre côté de la poitrine est mat dans toute son étendue, les vibrations thoraciques y ont complètement disparu ; tout enfin dénote l'existence d'un vaste épanchement pleural, que l'auscultation achève de démontrer.

Presque toujours le diagnostic de la nature de l'épanchement, reste incertain, et comme la dyspnée, le déplacement des organes et en particulier du cœur, constituent un danger imminent, on pratique une ponction exploratrice ou une thoracentèse, et on voit avec surprise s'écouler du pus dont rien n'indiquait la présence.

La plèvre étant vidée, il peut arriver exceptionnellement que le liquide ne se reproduise pas ; il

ne survient aucune réaction générale, en un mot, le malade guérit. Mais presque toujours après une amélioration momentanée et de durée variable, les mêmes phénomènes reparaissent, le malade éprouve de nouveau de la dyspnée et les organes déplacés, qui avaient repris leurs positions normales, se disloquent. On est ainsi amené à pratiquer de nouvelles thoracentèses, jusqu'au moment où la rapidité trop grande de la reproduction de l'épanchement, ou son ouverture dans les bronches provoquent une intervention plus active. On pratique la pleurotomie et le malade vit ainsi plusieurs années avec une fistule thoracique, jusqu'à ce qu'il succombe à une maladie intercurrente, ou bien qu'il soit emporté par une tuberculose pulmonaire envahissante, terminaison ordinaire de l'affection.

Tel est, dans son ensemble, le type auquel se rapportent la plupart de nos observations. Nous allons maintenant reprendre avec détails l'étude des différentes phases de l'affection.

DÉBUT

Le médecin qui a reconnu et traité la pleurésie n'en a généralement pas vu le début. Ce fait résulte de toutes nos observations. Les renseignements fournis par le malade peuvent donc seuls donner des indications à cet égard. Si nous ajou-

tons que l'époque du début est quelquefois très éloignée (quatorze et quinze ans dans les observations III et VI), du moment où le malade fait le récit de sa maladie, on comprendra que ses renseignements puissent manquer de précision. Enfin dans certaines observations, les auteurs sont muets sur cette question.

Quoiqu'il en soit, dans la moitié de nos observations, le malade accuse nettement des frissons, de la fièvre, des points de côté; de la toux, et la nécessité de garder le repos au lit pendant un temps dont la durée varie de quelques jours à quatre mois.

Dans ces cas, il s'agit manifestement d'un début aigu, début identique comme symptômes à celui de la pleurésie séreuse vulgaire. C'est du reste le diagnostic porté par le médecin et le traitement généralement employé, à savoir les applications de vésicatoires, ne peut que confirmer cette opinion.

De plus, et nous insistons sur ce fait qui découle d'un certain nombre de nos observations (obs. III, V, XX et XXII), le malade présente souvent, outre les manifestations pleurales, des symptômes de tuberculose pulmonaire, tels que des hémoptysies.

Mais si le début peut être aigu et accompagné de symptômes généraux; d'autres fois il est bien plus insidieux, il peut même être inaperçu du malade lui même (obs. IX), ou bien son attention

a été à peine éveillée par quelques élancements douloureux dans un des côtés de la poitrine.

En somme, comme la pleurésie séreuse, l'affection qui nous occupe peut avoir tantôt un début aigu tantôt un début chronique.

Une autre question qui se rattache à celle du début et qui, elle aussi, a son intérêt, est la suivante : la pleurésie est-elle purulente d'emblée ?

Dans aucun cas, nous l'avons déjà dit, nous n'avons assisté au début ; il nous est donc assez difficile de répondre à cette question par des faits ; cependant dans les observations XX et XXI, le malade dit nettement que le liquide retiré lors de la première thoracentèse était transparent, les fois suivantes, au contraire il était purulent. Doit-on ici incriminer la thoracentèse ? Nous ne le pensons pas. Dans la plupart des observations, en effet, où la thoracentèse peut et doit être incriminée, il y a eu inoculation dans la plèvre de matières septiques et production d'une pleurésie purulente aiguë, franche, avec son cortège habituel de symptômes généraux. Or, tels ne semblent pas être les deux cas qui nous occupent et dont les observations sont dues à M. Debove.

Dans les observations I, XIX et XXII, la première ponction a donnée issue à un liquide non pas franchement purulent mais louche, séro-purulent. Ajoutons que le moment, où a été faite cette ponction, était déjà très éloigné du début de l'affection (treize mois dans l'observation I et six

mois dans l'observation XIX) et que l'épanchement était par conséquent passé à l'état chronique.

Dans ces cinq cas la pleurésie semble donc avoir été séro-fibrineuse au début.

En est-il de même des autres cas? Nous ne pouvons l'affirmer, mais cela nous semble très probable. C'est du reste l'opinion de M. Bouveret: « l'inflammation de la plèvre, dit-il, est d'abord une inflammation séro-fibrineuse, elle est même plutôt subaiguë, que véritablement aiguë. L'épanchement se développe lentement et persiste longtemps, et comme la plupart des épanchements chroniques, il finit par subir la transformation purulente. Mais cette transformation est elle-même très lente, très insidieuse et très comparable à la suppuration des abcès froids du tissu cellulaire sous-cutané. Il n'y a pas de réaction soit générale, soit locale; aucun symptôme, aucun signe n'annonce la formation du pus; non seulement l'inflammation suppurative se développe lentement, mais elle ne dure pas et s'éteint spontanément, laissant dans la plèvre un épanchement purulent enkysté dans d'épaisses néomembranes. La plèvre, doublée de ce tissu conjonctif dense et sclérosé, cesse de former du pus; elle perd également la propriété d'absorber les liquides épanchés (1). » Nous retrouverons du reste cette question à propos de la pathogénie; pour le moment revenons à l'étude clinique.

(1) Bouveret. Traité de l'empyème, page 585.

DURÉE DE LA PÉRIODE AIGUE.

Nous avons vu qu'au début de l'affection il existait une période aiguë. Combien de temps dure-t-elle ? C'est assez variable. Dans les observations I, III et V elle dure jusque quatre mois, mais en moyenne sa durée est de six semaines, durée habituelle comme on le voit de la pleurésie vulgaire. Au bout de ce temps il survient dans l'état du malade un amendement très marqué, les points de côté, la toux, ont disparu ou se sont notablement calmés, la fièvre a cessé, l'appétit et les forces reviennent ; le malade semble entrer en convalescence, et à un moment donné, surtout s'il a suivi un traitement, il se croit en voie de guérison et il peut reprendre ses occupations. Il entre alors dans la période d'état.

PÉRIODE D'ÉTAT.

L'intégrité relative de l'état général constitue le caractère le plus saisissant de la variété de pyothorax que nous étudions ; elle existe, alors même qu'un vaste épanchement purulent remplit tout un côté de la poitrine du malade. La fièvre intense, les frissons répétés, l'abattement, la prostration des forces, l'amaigrissement, l'anorexie, la diarrhée, tous ces symptômes graves, cortège habituel

des suppurations de la plèvre, font à peu près complètement défaut. S'il survient de l'œdème de la paroi thoracique ou des extrémités, c'est un œdème d'origine purement mécanique, dû à la compression du cœur ou des gros troncs veineux, et qui disparaîtra lorsqu'une ponction aura évacué la trop grande quantité du liquide épanché dans la plèvre.

La fièvre fait à peu près complètement défaut, le pus se forme dans la plèvre, il y séjourne indéfiniment, il y augmente sans manifestation réactionnelle appréciable. C'est tout au plus si quelques malades (obs. VII et XV) ont une très légère élévation thermique le soir (37°5 ou 38°), et encore n'est-ce là qu'un phénomène transitoire, dont les malades ont à peine conscience. Jamais on ne constate de ces frissons répétés et irréguliers qui, dans certaines circonstances, sont si caractéristiques de la pyogénie. Si quelquefois il en existe, c'est tout à la fin de la maladie, et ils sont dus alors, non à la lésion pleurale, mais bien à la marche envahissante de la tuberculose. (Obs. I et XXII.)

Les forces, malgré une gêne souvent considérable de la respiration, malgré la rétention, dans une cavité de l'organisme, d'une quantité quelquefois énorme de pus (neuf litres dans l'observation XX), les forces, disons-nous, se maintiennent d'une façon surprenante.

Le malade de l'observation I, fait la traversée du Tonkin à Oran, et Dieu sait dans quelles conditions, il rentre en France et va s'échouer à Lunéville ; de là, il revient à Nancy.

Dans l'observation II, le malade quitte son métier de tailleur sur verre qui l'obligeait à se tenir penché sur son établi, pour travailler comme simple manoeuvre ; et il parvient à subvenir aux besoins de sa famille.

Dans l'observation III, le malade contracte sa pleurésie durant son séjour à la Nouvelle-Calédonie ; il y reste encore deux ans, il revient en France et reprend, pendant douze ans, son métier de commis-voyageur, ne se gênant pas pour faire des excès de toute sorte qui sont, pour ainsi dire, inhérents à cette condition sociale.

Le général russe, dont Guéneau de Mussy nous a donné la curieuse histoire, promène pendant quinze ans son épanchement à travers l'Europe, allant de médecin en médecin, de climat en climat, pour chercher à sa dyspnée un soulagement que les moyens médicaux ne lui procurent pas.

Dans l'autre observation de M. Guéneau de Mussy, nous voyons le malade continuer son dur métier de forgeron pendant près de deux ans, jusqu'à ce que la gêne respiratoire l'amène à l'hôpital ; à ce moment, il portait plus de cinq litres de pus dans la poitrine.

Le mécanicien qui est le sujet de l'observation XV, malade depuis près de trois ans, n'en conti-

nue pas moins son travail, se contentant de s'arrêter un peu de temps en temps pour reprendre haleine, et ce n'est que le jour où la difficulté de respirer devient trop prononcée qu'il se décide à entrer à l'hôpital, où on lui retire en une seule ponction quatre litres et demi de pus.

Le malade d'Aran (Obs. VI) fait, dix-huit mois après le début de sa pleurésie, un long voyage pour venir se faire traiter à Paris ; on constate alors qu'il n'a pas de fièvre, pas de fréquence du pouls, que sa langue est humide, sa soif naturelle, sa physionomie calme, son appétit conservé et ses digestions faciles.

En somme, dans tous les faits que nous rapportons, les choses se passent à peu près de même ; c'est à peine si un peu d'amaigrissement se montre à la longue, et souvent au contraire nous voyons signalé ce fait étrange dans de pareilles circonstances que les malades ont conservé leur embonpoint.

Il n'y a pas de troubles digestifs sérieux, l'appétit est conservé et on ne voit point paraître ces diarrhées abondantes et rebelles, quelquefois fétides, si communes dans toutes les autres formes d'empyème,

Cette intégrité des forces, des fonctions digestives et de la nutrition, témoigne, dit M. Bouveret, de l'absence à peu près complète des phénomènes de résorption. L'épanchement a perdu ses propriétés nocives, si tant est qu'il en ait eu, et la plèvre,

doublée d'épaisses néomembranes ne jouit plus que d'un très faible pouvoir d'absorption.

Si l'état général est satisfaisant, si les fonctions digestives s'accomplissent à peu près normalement, il en est autrement de la respiration, et cela se comprend sans peine, puisque c'est en somme l'appareil respiratoire qui est malade. C'est la dyspnée qui, dans la plupart des cas, amène le malade à réclamer les secours du médecin. Quand il est au repos, cette dyspnée est à peu près supportable, mais vient-il à faire un effort, à se livrer à un travail soutenu, à monter un escalier, à marcher un peu vite, immédiatement il est hors d'haleine et doit s'arrêter pour respirer. Le décubitus sur le côté sain est également impossible.

Toutefois ces troubles fonctionnels, tout constants qu'ils soient, ont une intensité très variable suivant les sujets ; ainsi chez le malade de l'observation III, la dyspnée était très peu marquée ; nous avons souvent l'occasion de rencontrer cet homme et nous étions certes loin de penser qu'il avait quatre à cinq litres de liquide dans la poitrine. — De même dans l'observation XI, le malade ne soupçonnait pas la présence de son épanchement et entraît à l'hôpital pour un tout autre motif. — Mais ce sont là, il faut en convenir, deux exceptions ; chez tous les autres, la dyspnée existe plus ou moins à l'état de repos et s'exagère aussitôt que le malade veut faire un effort quelconque ; elle est

à peu près continue chez le malade de l'observation IV.

Les signes physiques n'ont rien de pathognomonique; ce sont ceux de tout épanchement liquide de la plèvre. Mais, en raison même de la longue durée de la maladie, en raison de la tolérance de l'économie et de la séreuse, retardant à son maximum le moment de l'intervention chirurgicale, on rencontre les collections les plus abondantes avec les signes que l'on constate habituellement dans ces circonstances.

La percussion montre une matité absolue dans tout le côté malade, même dans les régions sus et sous-claviculaires. — Les vibrations vocales ont disparu. — L'inspection permet de constater une déformation considérable de la poitrine; le demi-périmètre du thorax correspondant au côté malade l'emporte notablement, sur le demi-périmètre correspondant du côté sain, et la différence peut s'élever à 3 centimètres (obs. X). La voussure est du reste très facile à constater à première vue. Le côté atteint prend une forme globuleuse et les espaces intercostaux sont effacés. Dans l'observation V, M. Guéneau de Mussy note que l'abaissement considérable du diaphragme donnait aux dernières côtes une direction presque verticale.

Enfin l'auscultation confirme les données de la percussion. On constate le plus ordinairement un silence complet; quelquefois cependant, on perçoit

un souffle caverneux ou amphorique vers la racine du poumon contre la colonne vertébrale.

Du reste, il n'y a pas à insister davantage, car tous ces signes physiques ne présentent rien de particulier à la pleurésie purulente latente.

Outre la gêne respiratoire, une autre conséquence de la quantité de l'épanchement est la gêne de la circulation. Le cœur est habituellement déplacé, il bat entre le sternum et le mamelon droit ; quelquefois même en dehors de la ligne mamillaire.

Le plus souvent il s'agit d'un refoulement mécanique, dû simplement à la quantité de l'épanchement et qui cède à la thoracentèse ; mais d'autres fois le cœur contracte des adhérences et après l'évacuation complète du liquide on n'en voit pas moins sa pointe battre à droite du sternum (obs. I et III). Toutefois il arrive un moment où, sous l'influence d'une cause quelconque, ces adhérences se rompent et le cœur reprend sa place, sans que le malade s'en aperçoive (obs. III), ou bien il éprouve des douleurs thoraciques avec sensation d'angoisse précordiale et tendances à la syncope (obs. I).

DURÉE DE L'ÉTAT CHRONIQUE

L'empyème commun a une tendance manifeste à l'évacuation spontanée, soit par les bronches, soit à travers la paroi thoracique. Cette tendance est ici moins accusée. Nous ne l'avons notée que trois

fois (obs. II, III et X). L'épanchement purulent peut persister indéfiniment sans qu'il se forme de fistule pleuro-cutanée ou bronchique. L'absence de tout travail ulcératif du poumon ou de la paroi costale fait donc que l'on n'a pas beaucoup à redouter la putréfaction de l'exsudat, ni les accidents septicémiques, conséquences habituelles de la pénétration de l'air atmosphérique dans le foyer pleural. C'est là assurément un élément de bénignité. Toutefois, on peut s'en convaincre en lisant les observations II, III et X, la fistule bronchique peut devenir à la longue une complication de l'affection.

Si l'épanchement a peu de tendance à l'évacuation, il en a encore moins à la résorption spontanée. Si affaiblie que soit la vitalité de la plèvre épaissie, dégénérée, sélerosée, cette membrane continue cependant à sécréter du liquide, et l'épanchement s'accroît lentement. Il arrive presque toujours un moment où la gravité des troubles de la respiration compromet la vie et rend nécessaire une ponction de la poitrine. La durée de cette période qui s'étend du début à la première thoracentèse est fort variable. Elle peut être de quelques mois (obs. XVIII) ou de plusieurs années (obs. II, V, XI, etc.).

Cette période fut de quatorze et quinze ans dans les observations III et IV.

Une première ponction produit toujours une notable amélioration; elle diminue la compression

du cœur et du poumon ; elle fait disparaître la dyspnée, si bien que le malade peut reprendre ses occupations. Elle provoque cependant dans quelques cas (obs VII et IX) une certaine excitation de la plèvre, et pendant plusieurs jours le malade peut présenter un mouvement fébrile. Les signes physiques indiquent une moindre compression du cœur et du poumon. Le cœur se rapproche de sa situation normale, et l'on peut entendre le murmure vésiculaire dans les régions supérieures de la poitrine.

M. Bouveret fait remarquer qu'il est bien peu probable que le poumon comprimé depuis longtemps soit capable de dilatation ; et que l'aggravation progressive de la dyspnée est due, en majeure partie, à la déviation de la cloison médiastine et à la compression de plus en plus prononcée du poumon du côté sain. L'évacuation du liquide épanché peut bien, sans doute, ramener la respiration dans les régions du poumon malade encore susceptibles de dilatation ; mais elle a pour principal résultat de faire cesser la déviation du médiastin et de rétablir l'intégrité de la respiration dans le poumon du côté opposé à l'épanchement.

Dans les formes communes de l'empyème, la ponction ne produit qu'un soulagement très éphémère ; peu de jours suffisent pour la reproduction complète du liquide évacué. L'amélioration est beaucoup plus durable dans la forme de pleurésie qui nous occupe. M. Sainton va même jusqu'à pré-

tendre que l'épanchement n'a aucune tendance à se reproduire. C'est aller un peu loin. La reproduction du liquide est lente, insidieuse, mais elle est à peu près certaine. Au bout de quelques semaines, de quelques mois (obs. I, II, XIX, XXII, XXIII), même au bout de quelques années (obs. V, VIII, XVI), le patient voit reparaître le dyspnée, les palpitations et une nouvelle ponction est nécessaire. Après cette seconde évacuation, il entre dans une nouvelle période d'amélioration qui peut aussi durer longtemps, mais à laquelle succède également le retour lent et progressif des troubles de la respiration et de la circulation.

TERMINAISONS.

M. Sainton cite des exemples de guérisons obtenues par plusieurs ponctions successives, et même dans deux cas (obs. IX et XV) par une seule ponction. Chez ce dernier malade, dont l'affection a un début assez obscur, on retire quatre litres et demi de liquide huileux jaunâtre et contenant des leucocytes en grande quantité. Le patient quitte l'hôpital trois semaines après la ponction, considéré comme guéri, et depuis il est entièrement perdu de vu. De même pour le malade de l'observation IX. Sont-ce là de véritables exemples de guérison ? Peut-on affirmer que l'épanchement ne s'est pas reproduit ? Nous ne le pensons pas. Il en est de

ces pleurésies comme des pleurésies dites *a frigore*, qui, presque toujours de nature bacillaire, se terminent à échéance plus ou moins éloignée par la tuberculose. Le malade quitte l'hôpital soi-disant guéri, mais il porte une tuberculose latente qui évoluera tôt ou tard.

Une autre observation qui aurait plus de valeur est celle de M. Barié. (Obs. XII). La guérison serait survenue après une série de six thoracentèses. Remarquons toutefois ici qu'il s'agit d'un empyème relativement récent, datant de moins de trois mois et dont le pus était bien lié et phlegmoneux. Nous aurons du reste à revenir sur cette observation, ainsi que sur celle d'Aran (obs. XI), où la guérison fut obtenue après une seule ponction suivie d'une injection iodée.

Dans la plupart de nos observations, il s'agit d'empyèmes chroniques quelquefois fort anciens ; le poumon est incapable d'une dilatation suffisante pour venir combler le vide pleural, et la plèvre, doublée d'épaisses néo-membranes, a peu de tendances à l'inflammation adhésive. Toutes ces conditions défavorables ne permettent guère d'espérer l'accolement des parois et la cicatrisation définitive du kyste pleural ; du moins si le patient n'est pas autrement traité que par la méthode des ponctions répétées.

En somme, d'après les observations que nous avons réunies, il nous est difficile de tirer des

conclusions précises sur le mode de terminaison de la pleurésie purulente latente.

Dans l'observation I, qui nous est personnelle, le malade succomba à une tuberculose pulmonaire envahissante. Cette terminaison aurait-elle pu être évitée si le malade avait été placé dans d'autres conditions hygiéniques? Il est permis de se le demander.

Le malade de l'observation II, après une amélioration passagère due à la pleurotomie, est certainement destiné à périr tuberculeux.

Dans l'observation XXIII due à M. Bouveret et qui est de tous points comparable à la précédente, le malade succomba; « épuisé autant par les progrès de la tuberculisation que par la longue durée de la suppuration. »

Le malade de l'observation XVII due à M. Debove mourut de syncope. Deux autres malades de M. Debove (Obs. XX et XXI) succombèrent aux suites de l'opération d'Estlander.

L'ouverture de l'épanchement dans les bronches nous força à intervenir d'une façon radicale chez le malade de l'observation III; nous pratiquâmes la pleurotomie, et après six semaines de suppuration, avec élimination de vastes lambeaux de plèvre gangrenée, l'écoulement purulent s'arrêta presque subitement et la guérison définitive fut obtenue au bout de quatre mois. Mais c'est là malheureusement une exception.

Les autres observations ne nous renseignent que

d'une façon très incomplète sur la terminaison de la maladie. Le médecin n'assiste qu'à quelques épisodes de cette longue affection et les patients sont généralement perdus de vue après une ou plusieurs ponctions. Il est évident que les longues périodes d'accalmie qui suivent les évacuations de la plèvre permettent une survie bien plus grande que dans les autres formes d'empyème.

Toutefois il faut remarquer qu'indépendamment de la marche envahissante de la tuberculose pulmonaire, qui dans nos observations a été la terminaison naturelle de l'affection, et qui, ainsi que nous le verrons plus loin, semble devoir être la terminaison logique et fatale de tous les malheureux atteints de pleurésie purulente latente qui meurent de leur mort naturelle, indépendamment de cette tuberculose que l'on doit toujours redouter, le malade est, par le fait même de son épanchement, exposé à divers accidents mortels tant du côté de la respiration que de la circulation. Le champ respiratoire a beaucoup diminué d'étendue, et les maladies intercurrentes des organes respiratoires, telles que la bronchite, la congestion pulmonaire, la pneumonie présentent une bien plus grande gravité, et peuvent facilement provoquer la terminaison fatale.

La compression du cœur et des gros vaisseaux par l'épanchement, peut également déterminer, sous l'influence de la moindre cause, une syncope mortelle.

PRONOSTIC

Ce que nous venons de dire de la marche et des terminaisons de *l'affection* nous dispensera de nous étendre sur le chapitre du pronostic. En somme il est grave, quoiqu'en dise Sainton, et comme le fait justement remarquer M. Bouveret, cet empyème chronique n'a guère de bénin que le nom.

Le patient n'est pas exposé aux phénomènes de résorption ; il résiste fort longtemps, mais il est atteint d'un mal sans aucune tendance à la guérison spontanée. Les évacuations répétées de l'épanchement ne constituent qu'un traitement palliatif, et il faut bien reconnaître que les conditions sont ici beaucoup moins favorables que dans l'empyème aigu, au succès d'une intervention radicale.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic s'impose immédiatement après une ponction exploratrice. La longue durée de la maladie, l'absence des symptômes généraux graves, l'apyrexie, la conservation d'un état général satisfaisant suffisent pour écarter la pensée d'un empyème aigu. Si l'on examine le liquide évacué au microscope, huit fois sur dix on le trouvera constitué par des granulations graisseuses, et les leucocytes en voie de dégénérescence granulo-graisseuse.

On fera bien de rechercher avec soin les diverses manifestations de la scrofule et de la tuberculose pour établir la nature de la pleurite. Dans les cas de doute, une inoculation du liquide retiré de la plèvre à des cobayes constitue un des meilleurs éléments de diagnostic. Nous reviendrons du reste sur les données que fournit au diagnostic l'examen bactériologique, en traitant de l'anatomie pathologique.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Après avoir reproduit les observations de Guéneau de Mussy, d'Aran, de Barié, de Bacelli, de l'avre, auxquelles il ajoute cinq observations inédites, le docteur Sainton, en discutant leur étiologie s'exprime ainsi : « Il est impossible de tirer une formule étiologique générale de l'analyse des observations que nous avons réunies. On peut se convaincre pourtant qu'il ne faut vraisemblablement attribuer aucun rôle à la tuberculose ; un seul malade en avait présenté des signes (hémoptysies, submatité et expiration prolongée au sommet droit) ; mais tous les autres n'avaient aucun antécédent héréditaire ou personnel ayant trait à la phtisie..... En somme le plus souvent, l'étude des causes ne donne que des résultats négatifs ; peut-être peut-on tirer de là cette conclusion, que cette forme bénigne de pleurésie purulente ne se manifeste que chez des individus n'ayant aucune tare originelle ou acquise ; dans plusieurs observations le mal a éclaté à la suite d'un surmenage évident.

« D'après cela nous sommes porté à penser que la cause déterminante consiste le plus souvent dans l'action du froid, chez des individus débilités accidentellement par des fatigues excessives, conditions favorables au développement de la pleurésie en général, et de la pleurésie purulente en particulier ; et que si la purulence prend une marche spéciale, différant si profondément par sa bénignité des cas ordinaires de suppuration pleurale, c'est précisément parce que ces conditions n'agissent qu'accidentellement et d'une façon passagère sur des individus sains, d'une bonne constitution, et entachés d'aucun vice organique. »

Et M. Bouveret traitant la même question, dit : « Puisque la pleurésie graisseuse n'est en somme qu'une inflammation de la plèvre, ou plutôt débute toujours par cette inflammation, on doit s'attendre à retrouver ici à peu près les mêmes causes que dans l'étiologie de la pleurésie elle-même. On a noté le plus souvent l'influence du froid. La plupart des malades sont des adultes. Remarquons cependant que, du moins dans les observations jusqu'à présent connues, la pleurésie destinée à devenir graisseuse, n'est presque jamais une pleurésie secondaire, consécutive à une maladie antérieure générale ou locale. Il s'agit le plus souvent d'une inflammation primitive de la plèvre. Ce qu'il importerait de connaître, et ce qui constitue vraiment l'étiologie spéciale de cette espèce d'empyème, ce sont les conditions sous l'influence des-

quelles l'inflammation suppurative n'a qu'une si faible activité.

« Sur ce point, on ne peut encore faire que des hypothèses. On peut présumer que les microphytes pathogènes de la suppuration ne présentent ici qu'une vitalité très éphémère, ou rencontrent accidentellement dans le milieu pleural des conditions défavorables à leur développement rapide. Quant à ces conditions, elles nous sont inconnues ».

Nous ne saurions nous associer à ces conclusions. En effet, l'étude de nos observations nous conduit à une opinion différente sur l'étiologie de la pleurésie purulente latente.

Prenons d'abord les trois cas qui nous sont personnels (obs. I, II et III); il s'agit manifestement de pleurésies tuberculeuses.

Le malade de l'observation I avait perdu sa mère de phtisie pulmonaire; il est mort lui-même de tuberculose pulmonaire, l'autopsie nous l'a surabondamment démontré; et sa pleurésie était bien de nature tuberculeuse puisque, dans le liquide de ponction, nous avons trouvé le bacille de Koch.

Dans l'observation II le malade avait perdu sous nos yeux un de ses frères mort de phtisie pulmonaire dans le service même. L'auscultation dénotait la présence de lésions tuberculeuses au sommet des deux poumons. Et enfin le pus qui s'écoulait de sa fistule thoracique inoculé à un cobaye lui a transmis la tuberculose.

Donc dans ces deux cas, non seulement le sujet était en puissance de la diathèse tuberculeuse, mais encore sa lésion pleurale était évidemment une manifestation de cette diathèse.

Dans l'observation III le malade crache le sang pendant douze jours et quelque temps après, alors qu'il était sous le coup de l'évolution tuberculeuse pulmonaire, il est atteint de pleurésie. On peut hardiment, croyons-nous, après les remarquables études de MM. Kelsch et Vaillard sur la nature de la pleurésie, considérer les lésions pleurales contemporaines des lésions pulmonaires, comme des manifestations de la même infection.

La recherche des bacilles dans le liquide pleurétique a été vaine ; l'inoculation du pus de la fistule thoracique sans résultat. C'est vrai. Mais on n'en peut rien conclure contre la nature tuberculeuse de l'affection.

MM. Kelsch et Vaillard ont inoculé des cobayes avec le pus de quatre malades chez lesquels l'autopsie a démontré l'existence de tubercules pleuraux, et cependant deux fois seulement sur quatre les cobayes sont devenus tuberculeux.

De plus chez ce malade l'évolution tuberculeuse très aiguë au début, avait évidemment subi un temps d'arrêt, les tubercules avaient dû subir la transformation fibreuse, on pouvait même les considérer comme guéris et il ne restait guère qu'un épanchement à la résorption duquel l'épaisseur de la plèvre sclérosée devait seule s'opposer. On

peut donc très bien admettre que les bacilles avaient disparu ou tout au moins perdu leur virulence.

Une autre raison qui peut aussi parfaitement expliquer l'insuccès de l'inoculation est la suivante : l'ouverture de la cavité pleurale dans les bronches avait déterminé dans le liquide pleurétique des phénomènes de putridité, à la suite desquels s'était produite une pleurésie gangréneuse avec issue de vastes lambeaux de sphacèle, et finalement, à l'inflammation primitivement tuberculeuse de la plèvre avait succédé une inflammation franchement suppurative. Il semble donc s'être passé dans ce cas ce qui arrive quand un érysipèle se développe sur un lupus, ou encore quand on inocule du pus blennorrhagique dans un œil atteint d'ophtalmie granuleuse. Le processus tuberculeux avait fait place à un processus suppuratif franc, et rien d'étonnant alors que le liquide de la fistule ait perdu ses propriétés virulentes spéciales.

Donc dans ces trois faits personnels l'influence de la diathèse tuberculeuse s'impose. Voyons maintenant les vingt observations qui nous restent. Eh bien ! sur ces vingt observations il en est huit dans lesquelles les malades étaient incontestablement tuberculeux.

Le malade de l'observation V, due à Guéneau de Mussy, avait eu des hémoptysies abondantes

et répétées et le début de sa pleurésie avait coïncidé avec une de ces hémoptysies.

Dans l'observation XII, due à Sainton, le malade était porteur d'abcès froids avec fistules. Ce n'est donc pas seulement chez un mais bien chez deux malades que Sainton aurait pu noter la diathèse tuberculeuse. Sans doute à cette époque on ne se rendait pas encore suffisamment compte des relations qui existent entre la tuberculose et les abcès froids et c'est ce qui explique son omission.

Dans l'observation XVII, due à M. Debove, on ne trouva à l'autopsie du malade, qui mourut de syncope, aucun signe de tuberculose dans les différents organes, mais la lésion pleurale était évidemment, nous le démontrerons quand nous discuterons la pathogénie, de nature tuberculeuse.

Dans l'observation XVIII (cas de M. Zuber) le malade était tuberculeux et alcoolique.

Dans l'observation XX due à M. Debove, le malade avait eu des hémoptysies.

Dans l'observation XXI, due au même auteur, on trouva à l'autopsie dans le poumon du côté sain des tubercules « qui ne s'étaient traduits pendant la vie par aucuns symptômes appréciables. »

Dans l'observation XXII due à M. Desplats, le malade accusait des hémoptysies.

Enfin dans l'observation XXIII due à M. Bouveret, observation absolument identique à l'observation II qui nous est personnelle, le malade

mourait « épuisé autant par les progrès de la tuberculisation que par la longue durée de la suppuration », et l'autopsie démontrait la présence de lésions tuberculeuses anciennes et récentes dans le poumon.

Ainsi donc, dans onze observations sur vingt-trois, c'est à dire dans la moitié des cas, les malades étaient incontestablement tuberculeux ; et de plus chez trois d'entre eux, les seuls où on l'ait sérieusement recherchée, la nature tuberculeuse de la lésion pleurale a été (observation I et II) ou sera démontrée (observation XVII).

Voyons maintenant les douze observations restantes. Et tout d'abord disons que dans un certain nombre d'entre elles, les auteurs qui nous les rapportent ont négligé de s'enquérir des antécédents tuberculeux du malade, ou n'ont pu obtenir de renseignements à ce sujet.

Un autre fait à noter également, c'est que dans ces observations le malade n'a pu être suivi que pendant quelques mois ; la terminaison de l'affection n'est donc pas connue et les cas de guérison sont discutables.

Abordons maintenant le détail des faits. Parmi les malades qui font le sujet de ces observations, il en est chez lesquels on peut à bon droit suspecter la tuberculose (observations X et XI). Chez d'autres, rien, soit dans les antécédents héréditaires soit dans les antécédents personnels, ne décèle cette diathèse ; c'est vrai. Mais on n'en peut rien

conclure contre la nature tuberculeuse de l'affection.

Dans l'observation XXI ne voyons-nous pas l'autopsie démontrer dans un poumon des tubercules qui ne s'étaient traduits pendant la vie par aucun symptôme appréciable ?

Et mieux que cela, dans l'observation XVII due à M. Debove, les différents organes sont trouvés sains, et la nature tuberculeuse de la lésion pleurale échappe à cet observateur dont on ne saurait cependant suspecter la compétence.

En somme, dans toutes ces observations nous ne pouvons jusqu'ici affirmer que les malades étaient tuberculeux ; mais en revanche on ne peut soutenir qu'ils ne l'étaient pas ; et nous verrons en discutant la pathogénie, que chez un certain nombre d'entre eux, dans toutes les pleurésies graisseuses proprement dites, la nature de l'épanchement est un signe en quelque sorte caractéristique de la tuberculose.

Mais si chez la plupart de ces malades la tuberculose peut et doit être incriminée, il en est d'autres chez lesquels elle est discutable. Ce sont ceux dont l'épanchement franchement purulent était constitué par des leucocytes ; cette remarque se rapporte spécialement au malade de l'observation XVIII, due à M. Debove. Cet homme était souffrant depuis six mois, lorsqu'il entra à l'hôpital ; il avait craché quelques filets sang, mais en somme il ne présentait aucun signe de tuber-

culose et l'examen bactériologique démontra la présence dans le liquide purulent des « microcoques ordinaires de la suppuration, mais moins nombreux que d'habitude ».

M. Debove ne dit pas si l'on recherche le bacille de Koch. Les microcoques vulgaires peuvent, en effet, dans certains cas être associés au bacille tuberculeux. Mais ici nous devons reconnaître qu'ils suffisent à eux seuls à expliquer la suppuration ; et peut-être aurions-nous affaire à un de ces abcès froids proprement dits que Follin décrit ainsi : « ce sont des collections purulentes qui se développent lentement, sans réaction inflammatoire, sans douleurs, et qui ne sont en rapport ni avec une affection tuberculeuse, ni avec une altération des os. »

L'existence de ces sortes d'abcès froids a donné lieu à bien des discussions et leur nature n'est pas encore très bien démontrée ; mais rien ne nous prouve en somme qu'au cas particulier ce n'est pas d'une de ces lésions qu'il s'agit. Étant donné le peu de renseignements que nous possédons sur ce malade, nous nous contentons de poser la question sans la résoudre, nous y reviendrons du reste en partie en traitant de la bactériologie au chapitre de l'anatomie pathologique et de la pathogénie.

Ces sortes de cas, du reste, ne sont que des exceptions, et chez la grande majorité de nos malades, il s'agit d'une pleurésie tuberculeuse.

La tuberculose a-t-elle pris naissance dans la plèvre ou dans le poumon ?

Dans certains cas, le malade accuse des hémoptysies antérieurement au début de sa pleurésie ; le poumon semblerait ainsi avoir été primitivement envahi. Dans d'autres observations, au contraire, les symptômes pleuraux sont les premiers en date ; et dans l'observation XVII en particulier le poumon et tous les autres organes étaient sains.

La tuberculose peut donc se développer primitivement dans la plèvre et non seulement elle peut s'y développer, mais aussi elle peut y rester cantonnée à l'état de lésion locale tout comme s'il s'agissait d'une simple tuberculose articulaire.

Quoiqu'il en soit, que les signes pulmonaires ou pleuraux soient primitifs, dans tous les cas que nous avons observés, il s'agit de la forme chronique de la tuberculose, et notre pleurésie purulente latente n'est qu'une pleurésie chronique tuberculeuse à marche lente et purulente.

Cette origine tuberculeuse de l'affection nous permet d'expliquer cette absence de fièvre et de phénomènes généraux qui sont si caractéristiques de la pleurésie purulente vulgaire. Ne voyons-nous pas en effet tous les jours, évoluer avec la même absence de réaction de l'organisme, les nombreuses manifestations locales de cette terrible diathèse : abcès froids, tumeurs blanches, synovites fongueuses et purulentes.

Et même à ce point de vue, on peut, ce nous semble, faire un curieux rapprochement entre la pleurésie purulente et les affections que nous venons d'énumérer ; de même que l'on peut comparer la pleurésie séreuse vulgaire et les hydarthroses chroniques, hygromas, synovites à grains riziformes que des recherches récentes ont montrés être d'origine tuberculeuse.

On peut également comparer la pleurésie purulente latente à certaines formes de péritonite chronique tuberculeuse. Nous venons d'en observer un cas qui rentre absolument dans cet ordre d'idées.

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, domestique qui entra à l'hôpital civil de Nancy, service de M. le professeur Spillmann, dans le courant du mois d'août 1887 pour une pleurite tuberculeuse double avec léger épanchement ; elle ne présentait pas d'autres lésions tuberculeuses appréciables, soit dans le poumon, soit dans le péritoine. Deux mois après, l'épanchement s'étant résorbé, elle nous quitta pour reprendre son service.

Elle nous revint quatre mois plus tard avec un état général mauvais, un amaigrissement notable, de l'expiration prolongée à un sommet, et un tympanisme abdominal très marqué. Son état empira encore pendant l'été de 1888 ; elle eut des vomissements, de la diarrhée ; sa température oscillait entre 38° et 39°, et, à la fin de septembre,

on constatait la présence d'un épanchement ascitique assez abondant. A ce moment, il y eut une rémission marquée et la fièvre tomba.

Au commencement de novembre, l'épanchement n'ayant aucune tendance à se résorber, on pratiqua la paracentèse et on retira environ six litres de liquide louche séro-purulent. Un cobaye inoculé avec ce liquide succombait six semaines après à une tuberculose généralisée.

Depuis la ponction, le liquide ne s'est pas reproduit ; on perçoit nettement par la palpation abdominale une induration du péritoine. Mais les fonctions digestives sont très bonnes ; il n'y a plus ni vomissements, ni diarrhée, la malade a considérablement engraisé ; les lésions pulmonaires sont restées stationnaires, et aujourd'hui, 1^{er} mars 1889, l'état général est excellent.

En somme, cette observation se rapproche de celles de nos pleurésies purulentes latentes où le liquide ne s'est plus reproduit après une ponction, et où il y a eu amélioration. Et dans le cas particulier, le succès de l'inoculation au cobaye démontre la nature tuberculeuse de l'affection.

M. Bouveret se demande quelles sont : « les conditions sous l'influence desquelles l'inflammation suppurative n'a qu'une si faible activité. » Mais il nous semble que ces conditions s'expliquent toutes seules, si l'on admet l'origine tuberculeuse de l'affection. Ce processus long et insi-

dieux n'est-il pas le propre de la tuberculose chronique?

A supposer même que l'origine tuberculeuse de cette pleurésie ne fût pas démontrée dans un certain nombre de cas par des faits indiscutables, on devrait, ce nous semble, l'admettre rien que d'après la marche de l'affection.

CHAPITRE III

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CARACTÈRES DE L'ÉPANCHEMENT

L'épanchement est constitué le plus souvent par un liquide puriforme jaunâtre opaque, homogène, sans odeur et sans flocons fibrineux (obs. I, II, IV, V, VIII...); quelquefois d'aspect huileux et légèrement visqueux (obs. XV, XVIII); dans l'observation III, il était brunâtre et ressemblait à du chocolat. D'autres fois, mais rarement, il a l'aspect du pus phlegmoneux franc (obs. VI, VII, XI).

L'examen microscopique a été pratiqué dans treize observations :

Dans les observations III, IV, V, VIII, XVI, XVII, on note l'absence complète de globules de pus; on ne trouve sous le champ du microscope que des granulations graisseuses et en outre dans les observations III et XVII des tablettes de cholestérine.

Dans les observations I, II, XI, XIII et XXIII, on constate la présence de granulations graisseuses et de leucocytes en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, dans les premières ponctions.

Plus tard, la maladie s'aggravant et les ponctions étant souvent répétées, on trouve en outre des leucocytes, dont la quantité augmente au fur et à mesure que les ponctions se rapprochent.

Enfin dans les observations XIV, XV et XIX, on ne trouve que des leucocytes.

L'analyse chimique a été faite une fois dans l'observation XVII, due à M. Debove. Elle a donné des résultats à peu près comparables à ceux que donne l'analyse du pus phlegmoneux franc; les proportions de graisse et de cholestérine sont cependant plus élevées.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

L'examen bactériologique a été pratiqué dans cinq observations.

Dans l'observation I qui nous est personnelle, après un certain nombre de recherches infructueuses, nous avons trouvé dans le liquide pleurétique des bacilles de Kock. Nous n'avons pas trouvé de microcoques ordinaires de la suppuration.

Dans l'observation II, également personnelle, nous avons à deux ou trois reprises cherché les microbes de la tuberculose et de la suppuration, mais sans succès. En revanche, l'inoculation du pus de la fistule thoracique a rendu tuberculeux le cobaye en expérience.

Dans l'observation III, nous n'avons rien trouvé, et l'inoculation du pus de la fistule thoracique est restée sans résultat.

Dans l'observation VIII due à M. Sainton, l'examen bactériologique fait par M. Talamon, n'a pas décelé la présence de microcoques de la suppuration et l'ensemencement du pus dans un ballon Pasteur est resté sans résultat. A cette époque, 1881, le bacille de Kock n'était pas encore découvert.

Enfin dans l'observation XIX due à M. Debove, on note dans l'épanchement purulent : « la présence des microcoques que l'on observe d'ordinaire en pareille circonstance, mais moins nombreux que d'habitude. »

Nous croyons devoir ajouter ici les considérations suivantes sur l'examen bactériologique des liquides pleuraux, que nous empruntons à Fraënkel (1).

L'auteur a examiné trois cas d'empyème tuberculeux.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un tuberculeux avec pleurite double ; à gauche. pleurésie hémorragique séro-fibrineuse ; à droite pleurésie purulente. A l'autopsie on constata la présence à la surface des deux plèvres de nombreux tuber-

(1) De l'examen bactériologique des épanchements purulents de la plèvre et des données diagnostiques qui en découlent, par Fraënkel. Annales de la Charité, 12^e année, page 147.

cules, et malgré cela on ne trouva, pendant la vie, aucune bactérie dans l'épanchement du côté gauche ; à droite il y avait des streptocoques, mais nulle part de bacille de la tuberculose.

Ce résultat négatif est surprenant au premier abord, dit Fraënkell, mais il faut se rappeler que les bacilles de Koch se trouvent difficilement dans le pus et que leur absence n'est pas une raison pour faire écarter le diagnostic de tuberculose. — Bien au contraire l'absence de tout micro-organisme dans un exsudat purulent permet d'établir avec assez d'assurance pendant la vie, que l'exsudat est de nature tuberculeuse et que le virus est contenu dans le pus sous forme de spores. La présence de streptocoques dans le cas que nous venons de citer, doit être attribuée à une infection secondaire.

Dans les deux autres observations, on ne trouve pas de microbes dans le liquide purulent, dont l'origine était cependant bien de nature tuberculeuse comme le prouvait la présence de bacilles de Koch dans les crachats.

En résumé Fraënkell conclut :

1° Que l'absence de bacilles de Koch ne prouve rien contre la nature tuberculeuse du liquide ;

2° Que l'absence des microbes ordinaires de la suppuration est une preuve de tuberculose.

C'est également la conclusion qui nous semble devoir être tirée de nos observations ; nous insis-

tons spécialement sur la valeur diagnostique, de l'absence des microbes ordinaires du pûs, comme présomption de tuberculose.

LÉSIONS DE LA PLÈVRE.

Les autopsies sont rares ; il n'en existe que cinq et dans trois cas seulement on a examiné plus ou moins superficiellement les lésions de la plèvre.

Dans l'observation XVII due à M. Debove : « L'épanchement était renfermé dans une poche qui, dans toute son étendue, se confondait avec la plèvre. Cette paroi avait une épaisseur de quelques millimètres ; elle était formée de plusieurs couches superposées ; sa couleur était jaunâtre, semblable à celle du tissu jaune élastique. Elle rappelait l'aspect d'une aorte légèrement athéromateuse. Nous avons pratiqué des coupes minces de cette paroi épaisse afin d'en connaître la structure histologique. Elle était formée de couches fibreuses et stratifiées, comme il s'en forme fréquemment à la surface de divers viscères et notamment de la rate. Ces diverses couches contenaient dans leur intervalle de fines granulations graisseuses semblables à celles de l'épanchement : d'où la coloration jaune de la membrane ; en certains points elles étaient beaucoup plus abondantes et formaient à la surface de véritables taches. Ces trois caractères : couches stratifiées, coloration

jaune, taches jaunes expliquent la ressemblance si frappante de notre membrane avec une aorte légèrement athéromateuse. La cavité pleurale ne contenait ni néomembranes, ni fausses membranes, ni flocons fibrineux en suspension dans le liquide. Sa paroi, absolument lisse, ne présentait aucune trace d'ulcération, et en raison de son épaisseur, elle a pu être enlevée dans toute son étendue, examinée avec soin, et nous avons spécialement noté l'absence de toute lésion pouvant faire croire qu'il y eût un orifice établissant une communication de la plèvre et du canal thoracique. Le médiastin était absolument normal. »

Dans l'observation XXIII, M. Bouveret a noté : « Un énorme épaissement de la plèvre. L'épanchement était enkysté dans une coque fibreuse, rigide, en certains points épaisse de plus d'un centimètre, et très adhérente aux deux feuillets de la plèvre. La face interne était uniforme, lisse, et d'un aspect qui rappelait assez bien celui de la face interne de la plèvre elle-même ; et cependant à une certaine période le processus inflammatoire avait repris une certaine activité et on avait dû pratiquer l'opération de l'empyème (1). »

Dans l'observation I qui nous est personnelle, nous avons constaté, à l'ouverture de la cage thoracique, la présence d'une poche purulente qui avait refoulé le poumon gauche contre la colonne

(1) Bouveret : Traité de l'empyème, page 388.

vertébrale. Cette poche contenait environ 350 c. c. de liquide séro-purulent. Les parois étaient formées par les plèvres pariétale et viscérale, fortement épaissies et recouvertes de dépôts fibrineux qui s'enlevaient facilement.

Ces dépôts enlevés, la paroi paraissait lisse et ne présentait à l'œil nu ni tubercules, ni ulcérations.

Une partie de cette poche, adhérente au poumon, avait été mise de côté pour être examinée au microscope; malheureusement, par suite d'une inadvertance du garçon d'amphithéâtre, cette pièce fut égarée et à notre grand regret, il nous fut impossible de pousser plus loin nos investigations.

Dans les deux autres observations (obs. XX et XXI) dues à M. Debove, on nota seulement le refoulement du poumon contre la colonne vertébrale et son impuissance à venir combler le vide thoracique résultant de l'évacuation de l'épanchement, même après l'opération d'Estlander.

II. — PATHOGÉNIE.

Ainsi que nous venons de le voir, dans la grande majorité des cas, le liquide épanché, tout en ayant l'aspect du pus, examiné au microscope n'en présente plus les éléments constitutifs habituels et se compose d'une émulsion de matières grasses. La pathogénie de ces sortes d'épanchements a fort

intrigué les premiers médecins qui les ont observés, et a donné lieu à bien des théories.

Dans une thèse intitulée : « Étude sur les épanchements chyloformes des cavités séreuses (1) », et inspirée par M. Debove, M^{me} Perrée résume les opinions émises à ce sujet sous trois chefs :

1^o Le liquide est le résultat de la transformation des globules de pus ;

2^o C'est un épanchement chyleux ;

3^o C'est un épanchement chyloforme formé de graisse et que l'on peut placer à côté des épanchements classiques connus.

La première opinion a été présentée et soutenue par M. Guéneau de Mussy ; c'est à elle que se rallient la plupart des auteurs et M. Bouveret en particulier l'accepte et la défend dans son *Traité de l'empyème*. Nous y reviendrons tout à l'heure.

La seconde théorie ou théorie de Quincke, du nom du savant qui en a le plus longuement parlé, considère le liquide épanché comme du chyle, et par suite attribue sa production à une lésion du canal thoracique ou des vaisseaux chylifères.

Cette théorie a été très critiquée ; les auteurs en effet ne fournissent pas d'observations démonstratives, même pour les cas qu'ils expliquent par elle. Comme elle ne peut évidemment s'appliquer à nos

(1) Perrée : Thèse, Paris, 1881.

observations, nous ne nous y arrêterons pas davantage.

La troisième théorie, due à M. Debove, place les épanchements chyliformes à côté des épanchements séreux, séro-fibrineux et purulents. Sous une influence inconnue : « il pourrait se produire dans l'économie, notamment dans les cavités séreuses, de la graisse émulsionnée qui ne proviendrait ni d'une transformation des globules de pus, ni d'un épanchement de chyle. »

A l'appui de la théorie de son maître M^{me} Perrée cite les observations de Guéneau de Mussy, de Debove, de Hérard, de Sainton, relativement à des pleurésies. Elle donne ensuite dix-neuf observations d'ascite à liquide chyliforme, les unes résumées et d'autres plus détaillées. Voyons quelle est la valeur de ces observations.

Sur les dix-neuf, il en est six qui datent du siècle dernier et dont la valeur peut se juger par les extraits suivants.

Observation de Morton. — Un enfant de deux ans ayant ses dents, après s'être exposé au froid, fut pris d'une péripneumonie, qui pendant longtemps fut mal soignée par un charlatan qui omit la saignée et d'autres soins inséparables d'une bonne médication.....

Observation de Littre. — Une fille de sept ans, qui se portait parfaitement bien, étant tombée sur la tête, les parties du cerveau s'affaissèrent par la commotion du coup, et d'autant plus facilement

qu'elles étaient encore fort molles. La cavité des tuyaux diminua. Le sang qui n'y coulait plus librement donna lieu à la sérosité de se séparer et de s'échapper par les pores des vaisseaux en entraînant avec elle une partie de ses sels qui picotaient les membranes et produisaient de grands maux de tête. La tension violente des vaisseaux, où le sang séjournait trop, y contribuait encore. Mais le plus grand mal était que par l'embarras et le désordre des parties du cerveau la filtration des esprits ne s'y faisait plus ni assez abondamment, ni assez régulièrement.....

Nous n'insistons pas.

Les autres observations se rapportent à des cas très dissemblables. Les unes sont de simples mentions du fait avec des hypothèses plus ou moins hasardées. Nous citons : Observation du docteur Wilhelm : « Il s'agit d'un enfant de six mois atteint de coqueluche, pendant le cours de laquelle il survint une ascite considérable. La paracentèse donna issue à cinq litres de liquide laiteux qui, examiné au microscope par Rindfleisch, fut reconnu pour être du chyle. Dix fois en un an la même opération fut renouvelée et donna toujours le même résultat. L'auteur croit que cet épanchement, s'étant produit après une quinte de toux, peut être attribué à une rupture du canal thoracique. »

Voici une autre observation due à M. Winckel et ainsi résumée par M. Debove : « Veuve d'un missionnaire ayant séjourné neuf ans à Surinam.

Par ponction de l'abdomen, on extrait deux litres de liquide laiteux contenant des parasites. Peu de temps après la malade mourut subitement. »

Dans les observations détaillées et dues à des auteurs compétents, il s'agit tantôt d'une lésion carcinomateuse, tantôt d'une tumeur comprimant les vaisseaux chylifères, tantôt d'une lésion cardiaque avec cirrhose atrophique et anasarque, etc. Mais quatre d'entre elles se rapportent à des malades atteints de scrofuleuse ou de tuberculose ; et dans une observation en particulier due au professeur Friedreich de Heidelberg, non seulement la malade était scrofuleuse, mais elle succombait à une péritonite tuberculeuse que l'autopsie démontra.

L'analyse microscopique du liquide ascitique montre : « à part les détritux graisseux, des globules graisseux avec leurs stades de développement et leur provenance de cellules graisseuses dégénérées. »

Ces quatre cas nous paraissent devoir être rapprochés comme nature et comme pathogénie de nos épanchements pleuraux.

Quant aux autres, comme ils ne nous intéressent pas, nous les laisserons de côté ; cependant nous dirons que vouloir expliquer la nature du liquide épanché par une seule et même lésion, nous semble être une erreur. Il s'agit, croyons-nous, de lésions très différentes ; et ayant à choisir entre les trois théories, nous appliquerions dans un cas la théorie de Guéneau de Mussy ; dans un autre, la

théorie de Quincke ; dans un autre encore une troisième et une quatrième. Mais, dans aucun cas, nous n'appliquerions la théorie de M. Debove ; elle est pour le moins aussi hypothétique que celle qu'elle doit remplacer et le « privilège qu'elle a de réunir et de grouper tous les faits » constitue précisément son point faible, et si elle a « l'avantage de ne rien préjuger », elle a le défaut de ne rien expliquer.

Pour le cas particulier qui nous occupe, la théorie de Guéneau de Mussy est certainement la plus plausible *a priori*. Aussi, est-ce elle qui est le plus généralement adoptée. Mais elle est passible de graves objections :

Première objection : Ce pus dont on suppose la dégénérescence, a-t-il jamais existé ? En fait on ne l'a jamais constaté.

Seconde objection : On a vu le pus de la pleurésie et des abcès subir l'altération graisseuse ; mais jamais la transformation ne s'est aussi complètement effectuée.

Troisième objection : Cette théorie qui, à la rigueur, pourrait être acceptable pour l'observation IV de Guéneau de Mussy ou l'observation III qui nous est personnelle, observations dans lesquelles l'affection remonte à quatorze et quinze ans, cette théorie, disons-nous, n'est plus admissible pour les observations I, II, XXII et XXIII, où l'on en était arrivé à ponctionner les mala-

des tous les mois. Comment le pus aurait-il fait pour se transformer aussi rapidement ?

Ces objections sont évidemment très sérieuses ; ce sont elles qui ont amené M. Debove à émettre sa théorie ; et nous ne croyons pas que l'on puisse y répondre.

Mais comment expliquer alors la pathogénie de ces épanchements ?

Nous avons vu au chapitre de l'étiologie que dans la moitié de nos observations, les malades étaient incontestablement tuberculeux ; de plus chez deux d'entre eux nous avons démontré la nature tuberculeuse de l'affection. Dans un cas, nous avons trouvé des bacilles dans le liquide pleurétique, et dans l'autre, l'inoculation de ce même liquide a rendu un cobaye tuberculeux, ce qui prouve qu'il en contenait également.

Or, dans l'économie, le bacille de Koch ne se rencontre guère que dans les tubercules. Sa présence dans le liquide pleural ne peut donc s'expliquer que par leur fonte, leur ramollissement, *leur dégénérescence graisseuse*.

On peut donc supposer que les matières grasses de l'épanchement ne sont que le résultat de la nécrobiose du tubercule. C'est une hypothèse qui, on en conviendra, a pour elle autant de vraisemblance que les hypothèses de Guéneau de Mussy, de Quincke et de M. Debove. Elle a, en outre, le grand mérite de pouvoir être démontrée. Et comment ? Par la fameuse observation de M. Debove elle-même.

Que l'on veuille bien, en effet, se reporter en arrière, lire attentivement la description de la lésion pleurale et la comparer avec les lignes suivantes relatives à une pleurésie purulente tuberculeuse aiguë que nous extrayons du remarquable travail de MM. Kelsch et Vaillard sur les lésions anatomo-pathologiques et la nature de la pleurésie (1).

Observation XV. — Pleurésie purulente. — Empyème. — Absès tuberculeux multiples du foie.

« *Autopsie.* — *Thorax.* — *Cavité pleurale gauche.* — « Le poumon accolé dans la gouttière costo-vertébrale est réduit au tiers de son volume. Son tiers supérieur adhère à la paroi thoracique par un tissu lardacé, résistant, coriace ; il en résulte que la cavité occupée par l'épanchement ne représente que les deux tiers inférieurs de la plèvre. Elle est circonscrite par un kyste dont l'épaisseur varie d'un demi centimètre à un centimètre et demi.

« A la partie antérieure, les plèvres pariétale et pulmonaire présentent une *surface presque lisse* parsemée de *plaques jaunes* irrégulières, un peu saillantes qui leur donne l'apparence d'une *aorte athéromateuse*. Le tissu en est dur, squirrheux, et sur la coupe d'un gris opalin....

(1) Kelsch et Vaillard. Recherches sur les lésions anatomo-pathologiques et la nature de la pleurésie. Archives de Physiologie normale et pathologique (15 juin 1886).

« *Examen histologique.* — La néomembrane, étudiée en différents points de la plèvre costale, pulmonaire et diaphragmatique, présente partout un aspect identique. Elle est essentiellement formée par *un tissu fibreux dense*, par des vaisseaux et des follicules tuberculeux isolés ou agminés qui, presque partout, principalement à la surface, se nécrosent et se ramollissent.

« Le tissu fibreux est représenté, à la partie profonde, par des faisceaux épais, sans ondulation ni striation, et, dans les couches superficielles, par un feutrage serré au milieu duquel sont enchâssées des cellules fixes, rabougries, et aussi des éléments migrants, surtout abondants vers la surface.

« Les vaisseaux sont assez nombreux et dépourvus en général de parois propres. La plupart paraissent vides, d'autres contiennent de la fibrine fibrillaire. Leur réseau se serre d'autant plus qu'on se rapproche de la surface.

« Au milieu de ce tissu fibreux sont disséminés de nombreux follicules tuberculeux, transformés dans toute leur épaisseur en masses amorphes et granulo-vitreuses. Par leur conglomération, ils forment souvent de vastes foyers visibles à l'œil nu tantôt parallèles, tantôt perpendiculaires à la surface.

« Ces derniers par leur accroissement progressif arrivent à s'ouvrir dans la plèvre, déterminant

alors des ulcères irréguliers sinueux plus ou moins profonds..... »

Ce sont bien, n'est-ce pas, les mêmes lésions macroscopiques et microscopiques. Seulement dans l'observation de MM. Kelsch et Vaillard, l'étude est plus détaillée et plus complète.

Comment M. Debove, qui avait si consciencieusement étudié son malade n'a-t-il pas rapporté sa lésion à sa véritable cause ? La raison, croyons-nous, doit en être cherché dans les dates. M. Debove en effet, écrivait en 1881, et à cette époque le bacille de Koch n'était pas encore connu et l'anatomie pathologique du tubercule était encore très discutée. Dans ces conditions on s'explique l'erreur de l'éminent pathologiste.

Passons maintenant à quelques considérations de physiologie pathologique sur les pleurésies tuberculeuses en général et sur la pleurésie purulente latente en particulier.

MM. Kelsch et Vaillard ont démontré que la phlegmasie tuberculeuse pouvait produire dans la plèvre des épanchements tantôt séreux, tantôt hématiques, tantôt purulents.

N'y a-t-il que quelques granulations tuberculeuses à la surface de la séreuse, nous aurons un exsudat transparent qui, si l'évolution tuberculeuse s'arrête et heureusement elle s'arrête souvent, sera rapidement résorbé ; les deux feuillets de la plèvre venant en contact, se souderont, et le malade guérira. Le rôle du médecin dans ces cas

est tout tracé ; il doit en évacuant l'épanchement permettre le rapprochement des plèvres pariétale et pulmonaire. Il pratiquera donc la thoracentèse.

Le processus tuberculeux est-il plus actif, à tendance vaso-formatrice, nous aurons la pleurésie hémorragique ; l'indication thérapeutique est évidemment la même que dans le cas précédent et la guérison s'obtient dans les deux cas par la transformation fibreuse des tubercules. Mais cette transformation fibreuse du tubercule ne se produit pas toujours, elle peut être remplacée par sa nécrose ; de nouvelles poussées tuberculeuses se succèdent, et finalement au lieu du liquide séreux transparent, nous aurons un liquide purulent, conséquence du ramollissement successif des produits néoformés.

Quelquefois le processus tuberculeux est tellement intense que la pleurésie est purulente pour ainsi dire d'emblée ; d'autrefois, et c'est le cas particulier qui nous occupe, le processus est beaucoup plus lent, plus insidieux. Quant à dire pourquoi, c'est une autre question.

Pourquoi dans la tuberculose pulmonaire observe-t-on tantôt la granulie, la pneumonie caséeuse, tantôt la phtisie proprement dite qui met de longues années à évoluer ?

Pourquoi dans la tuberculose des séreuses rencontre-t-on la forme aiguë simulant le rhumatisme articulaire, et la forme chronique ou tumeur blanche ?

Est-ce une question de terrain? L'organisme est-il plus résistant dans ce dernier cas? Ou bien est-ce une question de virulence?

Jusqu'à présent on ne peut faire que des hypothèses et nous laissons à d'autres plus autorisés le soin de les émettre et de les discuter.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT.

La pleurésie purulente latente n'étant le plus souvent, comme la pleurésie séreuse vulgaire, qu'une manifestation de l'infection de l'organisme par le bacille tuberculeux, son traitement devra, comme celui de toutes les lésions de même origine, être à la fois général et local.

Le traitement général s'adressera à l'organisme tout entier que l'on s'efforcera de placer dans les meilleures conditions pour résister au bacille de Koch. Ce traitement général a une importance particulière qui tient au fait même de la chronicité de l'affection, chronicité qui implique soit une atténuation de la virulence du principe infectieux, soit une plus grande résistance de l'organisme à ce même principe, soit les deux à la fois, et par conséquent une plus grande efficacité de nos moyens d'action. — On placera donc le malade dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, tant au point de vue de l'habitation que de l'alimentation. Et en même temps que l'on s'efforcera de mettre, par leur vitalité, les éléments

anatomiques à même de résister à l'agent virulent, on devra aussi par l'emploi de substances médicamenteuses, telles que : l'huile de foie de morue, la créosote, l'eucalyptol, l'iodoforme, l'arsenic, etc., essayer de transformer l'organisme ne un *mauvais bouillon de culture*. L'action de ces substances est mal connue, leur efficacité est souvent contestable, mais en somme, elles semblent avoir agi dans un certain nombre de cas, et c'est là, ce nous semble, une raison plus que suffisante pour les employer.

Il faut donc avant tout, soumettre le malade à un traitement général et le placer dans les meilleures conditions d'hygiène possibles (aération, vie au grand air).

Quant au traitement local, il comporte deux indications : la première, et la plus pressante, consiste à s'opposer aux menaces d'asphyxie ou de syncope auxquelles la trop grande abondance de l'épanchement ou son irruption dans les bronches expose le malade.

Donc : 1° Évacuer le liquide.

2° Agir sur la séreuse ; modifier son mode d'inflammation ; détruire le principe infectieux si possible, ou, ce qui revient au même, favoriser la transformation fibreuse du tubercule ; et enfin : 3° mettre à même de s'accoler les deux feuillets de la plèvre de manière à s'opposer à toute reproduction de l'épanchement.

Eh bien ! les malades qui font le sujet de nos observations, peuvent être divisés en deux catégories : chez les uns, la dyspnée est extrême, il y a menace d'asphyxie ; chez les autres au contraire la vie est parfaitement supportable.

Prenons la première catégorie. S'il est une affection dans laquelle la vieille maxime traçant le rôle du médecin « guérir quelquefois et soulager toujours, » soit vraie c'est certainement celle qui nous occupe. Nous pouvons et par suite nous devons toujours soulager. C'est là la première et la plus importante indication ; c'est le soulagement de sa dyspnée que nous demandons tout d'abord le malade asphyxiant cyanosé, menacé de syncope ou épuisé par des vomiques répétées.

Donc évacuer le liquide qui comprime le poumon, refoule le cœur, et permettre ainsi aux deux grandes fonctions de la respiration et de la circulation de reprendre leur intégrité dans la mesure du possible ; et cela dans la grande majorité des cas, par la thoracentèse.

Cette première indication remplie, tous nos malades rentrent dans la seconde catégorie ; et nous avons alors à discuter la seconde indication ; agir sur la séreuse et tenter la guérison définitive.

Mais comment agir sur la séreuse ?

Par un traitement médical ? C'est une illusion. Les diurétiques, les antiphlogistiques, les vésicatoires et autres révulsifs, dont l'efficacité est si

contestable et si contestée lorsqu'il s'agit de la pleurésie séreuse aiguë, ne peuvent évidemment rien sur une plèvre épaissie, selérosée, qui a perdu la plus grande partie de sa vitalité.

Reste alors l'intervention opératoire et nous avons à choisir entre les ponctions répétées, suivies ou non d'injections intra-pleurales de substances modificatrices, et la pleurotomie simple ou complétée par l'opération d'Estlander.

Mais ici une question préliminaire se pose. Faut-il toujours intervenir? Voici un malade qui, depuis neuf ans, a un épanchement considérable dans la plèvre; néanmoins son état général est satisfaisant, les fonctions digestives sont bonnes, et c'est à peine s'il existe une très légère dyspnée, dyspnée très supportable du reste et qui ne l'empêche nullement de se livrer à ses occupations; c'est en quelque sorte par hasard que l'on découvre l'existence de son épanchement. Irons-nous par des ponctions risquer de produire dans sa plèvre de nouvelles poussées inflammatoires? Les chances de guérison sont tellement aléatoires, étant donnée la nature de la lésion, qu'il faut aussi sérieusement compter avec les risques d'aggravation qui pourraient résulter de notre intervention; aggravation que le malade nous pardonnerait d'autant moins que rien à ses yeux ne justifierait cette intervention. Aussi tant qu'une indication pressante ne nous forcera pas à intervenir, nous

croyons préférable de nous abstenir. Cela a été, du reste, l'avis de M. le professeur Bernheim, lorsque ce malade vint le consulter quatre ans avant que l'irruption de son épanchement dans les bronches, ne vînt le forcer à réclamer nos soins.

Donc dans ces cas, traitement général et expectation pour ce qui concerne la lésion locale, telle nous semble devoir être la conduite du praticien.

Voici un autre cas (obs. X); il s'agit d'une enfant de 7 ans qui, depuis une époque mal précisée, en tout cas depuis plusieurs mois, est atteinte d'un abondant épanchement purulent du côté droit avec légères vomiques de temps à autre. Ici aussi, l'état général est relativement bon, et la dyspnée peu marquée. Nous abstiendrons-nous également? Cela a été l'avis de M. le docteur Archambault dans le service duquel se trouvait cette enfant. Cependant le cas échéant, nous nous résoudrions difficilement à imiter sa conduite. Il s'agit d'une enfant, en effet, dont la croissance est nécessairement arrêtée, qui, évidemment, ne pourra jamais se suffire à elle-même, et qui est destinée à traîner une vie misérable et inutile. Eh bien, étant donnés les bons résultats de l'opération de l'empyème à cet âge nous préférons courir les risques d'une intervention radicale et cela le plus tôt possible.

A côté de ces cas où les accidents dus à l'épanchement sont peu marqués ou même nuls, et où

l'intervention est discutable, il en est d'autres au contraire où les complications respiratoires sont telles que cette intervention s'impose.

Ici il faut distinguer deux cas : dans le premier, la dyspnée considérable quand le malade marche ou fait un effort, se calme par le repos. Dans le second, l'irruption du pus dans les bronches et des phénomènes de putridité dans l'épanchement, donnent lieu à des symptômes menaçants.

Dans ce dernier cas, il faut absolument intervenir, et intervenir immédiatement, énergiquement ; il faut à tout prix vider la plèvre et la désinfecter, on pratiquera donc la pleurotomie. C'est la conduite que nous avons suivie avec succès dans l'observation III.

Mais ce cas est en somme rare ; et sur nos vingt-trois observations, il est le seul dans lequel la nécessité d'une intervention radicale soit aussi nette.

Dans tous les autres, il y a bien indication urgente de soulager la dyspnée, il faut pratiquer la thoracentèse ; mais une fois cette première indication remplie, la seconde indication, que nous avons posée au début de ce chapitre, est beaucoup moins nette. Devons-nous toujours la remplir ? Autrement dit, sommes-nous dans tous les cas autorisés à substituer au traitement palliatif un traitement curatif ? Telle est la question qui se pose ; elle est délicate et a déjà donné lieu à bien des controverses.

Pour la résoudre, il faut, croyons-nous, tenir compte de deux choses : 1° de l'état général du malade ; 2° de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle l'épanchement se reproduit.

L'état général est-il bon ? La dyspnée est-elle le seul accident qui résulte de la lésion pleurale ? Remplissons la première indication, la seule indication formelle, pratiquons la thoracentèse et attendons.

L'état général reste-t-il ce qu'il était ? Le liquide ne se reproduit-il que très lentement ? Nous ne croyons pas que dans ces cas il soit indiqué d'agir autrement. Cela a été, du reste, la conduite de Guéneau de Mussy (obs. IV et V), de MM. Moutard-Martin, Hérard et Hutinel (obs. VIII et XVI), de M. Spillmann (obs. I et II), de M. Bouveret (obs. XXIII). Ça été également la conduite de M. Debove (obs. XIX) et dans la discussion qui eut lieu à ce sujet à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 11 février 1887, ce fut également cette opinion qui prévalut.

Donc quand l'état général est bon, que le liquide a peu de tendance à se reproduire, traitement simplement palliatif, surtout si l'on a affaire à un malade âgé.

Du reste, ce traitement palliatif par simples ponctions, remplit certaines conditions du traitement curatif, puisque en retirant le liquide on permet aux feuillets de la plèvre de se rapprocher et partant de s'accoler et nous avons reproduit

d'après Barié (obs. VII), un cas dans lequel la guérison semble avoir été obtenue par des ponctions répétées.

Dans les observations IX et XV, M. Sainton prétend avoir obtenu la guérison par une seule ponction. Nous avons vu que ces guérisons étaient discutables.

Au traitement palliatif par simples ponctions nous rattacherons la question des injections intrapleurales de substances médicamenteuses.

Puisque nous faisons tant que d'intervenir et que nous ponctionnons la plèvre, ne pouvons-nous essayer de la modifier par l'application directe sur ses parois de substances douées de propriétés antiseptiques?

Cette tentative a été faite dans trois observations. Dans deux qui nous sont personnelle (obs. I et II) et dans l'observation VI due à Aran.

Dans l'observation I, nous avons à quatre reprises injecté dans la plèvre cinq grammes d'iodoforme en suspension dans de la glycérine ; nous avons eu consécutivement un peu de délire lipémaniaque dû à l'iodoforme. Une cinquième fois nous avons fait précéder l'injection d'iodoforme d'un lavage préalable de la cavité pleurale avec un litre de liquide de Van-Swieten. Cette fois outre les phénomènes nerveux dus à l'iodoforme nous avons eu des symptômes d'intoxication mercurielle tels que : diarrhée, coliques et salivation.

Durant les cinq premiers mois du séjour du malade dans le service, nous avons dû pratiquer sept thoracentèses, tellement le liquide se reproduisait rapidement, et au moment de la mort, due aux lésions envahissantes de la tuberculose pulmonaire, mort survenue six mois après la dernière thoracentèse, nous n'avons plus trouvé que trois ou quatre cents grammes de liquide purulent dans la plèvre. Il y a donc eu une certaine amélioration de la lésion pleurale. Maintenant cette non-reproduction de l'épanchement est-elle due aux injections d'odoforme ? Nous ne pensons pas de ce seul cas pouvoir tirer de conclusions définitives.

Dans l'observation II, nous avons fait des lavages de la plèvre avec une solution de sublimé à 0 gr. 50 pour 1000. Nous avons eu, ici aussi, des phénomènes d'intoxication mercurielle. Pour les éviter, nous avons remplacé le sublimé par l'acide borique à 20 pour 1000, mais en somme la marche de la maladie n'en a nullement été influencée.

Reste enfin l'observation VI due à Aran. Une injection de teinture d'iode faite dans la plèvre, immédiatement après la thoracentèse, eut les meilleurs résultats et l'affection guérit après une seule ponction.

M. Bouveret, qui rapporte ce succès dû à l'injection iodée dans son *Traité sur l'empyème*, fait remarquer que parmi les nombreuses pleurésies purulentes ainsi traitées, on ne cite que trois cas de guérison et que, par conséquent, on ne peut

trop compter sur cette médication. M. Bouveret attribue du reste la guérison, non à l'injection, mais à la thoracentèse (1). Nous ferons, pour notre part, remarquer que chez ce malade, le liquide pleural avait l'aspect du pus phlegmoneux franc, et peut-être ici s'agissait-il d'une pleurésie d'origine non tuberculeuse.

En somme, la méthode des injections intra-pleurales ne semble pas devoir donner grand résultat, quant à présent. Il est possible, en effet, qu'on puisse un jour trouver un antiseptique assez puissant pour modifier l'état de la plèvre et détruire du même coup, l'agent infectieux.

A côté des cas où la lésion pleurale n'a que peu de retentissement sur le reste de l'organisme, et où le traitement palliatif par ponctions remplit à peu près toutes les indications, il en est d'autres.

L'état général qui s'était maintenu bon pendant un certain temps, devient mauvais : le malade perd ses forces, maigrit ; le liquide se reproduit rapidement ; il existe un mouvement fébrile les soirs.

Dans ces cas, les ponctions répétées ont donné tous les résultats que l'on pouvait en attendre ; l'affection prend une marche envahissante et dans un temps plus ou moins rapproché, le malade est destiné à succomber ; il faut alors intervenir éner-

(1) Bouveret. Traité de l'empyème, page 57.

giquement, la temporisation qui, tout à l'heure, s'imposait, serait maintenant une faute. On n'a plus à craindre d'empirer l'état du malade ; tout ce que l'on risque, c'est, nous ne dirons pas de le sauver, mais au moins de prolonger notablement sa vie et de le soulager. On pratiquera donc la pleurotomie.

Comme on le voit, nous ne croyons pas que l'on doive recourir, autrement qu'en dernier lieu, à cette médication ; c'est qu'elle est loin, en effet, de donner ici les résultats qu'elle donne habituellement dans la pleurésie purulente franche. Là, l'évacuation prompte du pus, et son écoulement facile, arrêtent très rapidement les phénomènes généraux graves dus à sa résorption ; la fièvre tombe rapidement et le malade éprouve un soulagement considérable.

Dans le cas qui nous occupe, au contraire, en permettant l'accès de l'air dans la cavité pleurale, nous allons, par le même fait, substituer à l'inflammation relativement très modérée de la plèvre une inflammation aiguë avec toutes ses complications. Le rapprochement qui a déjà été fait entre la pleurésie purulente latente et les abcès froids à propos de la marche et de l'étiologie subsiste également à propos du traitement, et l'on ne peut guère comparer les phénomènes qui se passent dans la plèvre après l'opération de l'empyème qu'à ceux qui se passent dans un abcès par con-

gestion que l'on met en communication avec l'air extérieur.

Du moins il en a été ainsi dans les observations II et III qui nous sont personnelles. Nous avons vu, malgré nos précautions antiseptiques, une vive inflammation se produire, et l'état général du malade s'aggraver considérablement pendant les six premières semaines qui suivirent la pleurotomie ; pour se rétablir ensuite, il est vrai ; mais nous ne pensons pas que l'on puisse exposer un malade aux dangers d'une semblable suppuration, dont il ne pourra peut-être faire les frais, sans avoir pour cela des raisons très sérieuses.

Dans l'observation III, en particulier, une violente inflammation avec sphacèle consécutif de la plèvre s'est produite et le malade a été pendant un mois entre la vie et la mort. C'est cette violente inflammation qui en éliminant la plèvre dégénérée et en permettant ainsi l'accolement de ses parois a amené la guérison ; c'est vrai ; mais encore une fois nous ne croyons pas que l'on puisse exposer à de semblables dangers un malade qui n'éprouve d'autre gêne de son épanchement qu'un peu de dyspnée. Dans l'observation II nous avons eu également, pendant un mois, aggravation de l'état du malade dont la santé s'est ensuite rétablie. Actuellement, dix mois après la pleurotomie, il reste une cavité suppurante dont les dimensions sont assez difficiles à apprécier et qui four-

nît environ une demi-cuillerée de pus par jour; mais le malade va et vient et n'en souffre nullement. Il succombera évidemment et dans un délai plus ou moins éloigné à la tuberculose pulmonaire, mais en somme il doit à notre intervention une amélioration notable et une survie assez longue.

Si dans ces cas personnels nous avons eu aggravation momentanée de l'état du malade, aggravation qui nous fait conclure à n'intervenir par la pleurotomie que dans les cas où il ne reste plus d'autre moyens de soulagement, nous devons cependant faire remarquer que d'autres auteurs: M. Debove dans les observations XX et XXI et M. Bouveret dans l'observation XXIII n'ont pas observé cette aggravation et leurs malades se sont trouvés très soulagés à la suite de l'opération; ils en ont ainsi retiré les avantages sans en avoir éprouvé les inconvénients. Les deux malades de M. Debove ont succombé plus tard aux suites de l'opération d'Estlander, nous y reviendrons tout à l'heure et celui de M. Bouveret après une amélioration momentanée de la lésion locale et de l'état général finit par succomber à la tuberculose pulmonaire.

En résumé sur cinq malades traités par la pleurotomie, nous avons eu une guérison (obs. III) et quatre améliorations (obs. II, XX, XXI et XXIII).

Maintenant pourquoi dans un cas avons-nous eu guérison et guérison rapide et pourquoi dans

les quatre autres ayons-nous eu persistance d'une fistule thoracique sans tendance à la cicatrisation ?

Le malade de l'observation III déjà si intéressant par la marche curieuse de son affection, ne l'est guère moins par sa terminaison et il va, croyons-nous, nous permettre de répondre aux questions que nous venons de poser.

Pourquoi n'observe-t-on jamais dans les cas d'empyème de l'espèce que nous étudions, de guérison complète ? Pourquoi persiste-t-il toujours une fistule thoracique ? Parce que répondent MM. Debove et Bouveret et en somme tous les auteurs qui ont eu affaire à des cas semblables ; parce que le poumon refoulé depuis longtemps est incapable de se dilater, tant par suite de la perte de son élasticité que par suite des adhérences qui le maintiennent fixé contre la gouttière costo-vertébrale ; il ne peut par conséquent venir combler le vide thoracique.

Est-ce bien là la vraie raison ? Le malade de l'observation III avait, Dieu merci, un assez vieil épanchement, il datait de quatorze ans. Son poumon était donc refoulé et atrophié autant qu'il est possible de l'être et cependant sa cavité pleurale s'est comblée et il a guéri.

L'absence de dilatation du poumon est évidemment une des causes qui s'opposent à la cicatrisation ; mais elle n'en est pas la cause principale qui doit, croyons-nous, être plutôt cherchée dans le mode d'inflammation des feuillets de la plèvre.

Nous n'avons pas en effet, ici, une inflammation franche avec bourgeons charnus tels qu'on l'observe dans la pleurésie purulente franche, mais bien une inflammation bâtarde sans tendance à la cicatrisation, en un mot une inflammation tuberculeuse.

Or chez le malade de l'observation III, nous avons eu à la suite de phénomènes de putridité une inflammation extrêmement violente ; il s'est produit en somme ce qui arrive quand dans un œil atteint d'ophtalmie granuleuse on inocule du pus blennorrhagique. L'inflammation granuleuse, inflammation bâtarde elle aussi et que l'on peut comparer à l'inflammation tuberculeuse, fait place à un processus suppuratif bien autrement violent qui, convenablement traité, disparaît.

Est-ce à dire que l'on doive ici employer une médication identique et inoculer dans la cavité pleurale le microbe de la gangrène ? Non, certes. Ce que l'on peut tenter quand il s'agit d'une fonction plus ou moins compromise ne peut évidemment se faire quand il s'agit de la vie elle-même. Mais de l'observation III ressort un enseignement très important, c'est celui de modifier profondément les parois de la plèvre envahies par le bacille tuberculeux, soit par des liquides caustiques, soit mieux encore par le raclage. C'est du reste ce qui a été proposé par MM. Kelsch et Vaillard comme traitement curatif de la pleurésie purulente tuberculeuse aiguë.

Mais c'est là une opération extrêmement grave qui ne peut, pour avoir chance de réussir, être tentée que chez des malades jeunes et pleins de vitalité. C'est dire que son indication sera rarement posée dans le cas qui nous occupe ; et le traitement de choix de la pleurésie purulente latente sera, croyons-nous, le traitement simplement palliatif : ponctions simples d'abord et plus tard pleurotomie.

Il nous reste maintenant à donner quelques indications sur les procédés opératoires.

De la thoracentèse nous dirons peu de chose ; ses règles sont en effet établies depuis longtemps. On évacuera le liquide très lentement, et on fera au besoin des ponctions successives à plusieurs jours d'intervalle.... etc.

Nous insisterons davantage sur la conduite à tenir après la pleurotomie.

Et d'abord, croyons-nous, il vaut mieux faire immédiatement une résection costale de quatre à cinq centimètres, de manière à avoir une ouverture plus large, par laquelle le liquide pourra s'écouler plus facilement.

2^e Faut-il faire des lavages antiseptiques nombreux et journaliers ? Il résulte des observations de pleurotomies faites pour des pleurésies purulentes simples que nous avons pu recueillir dans le service, que les lavages répétés ont pour résultat de détruire au fur et à mesure de leur production les fausses membranes et les adhérences qui seraient

si utiles à une guérison définitive. Nous croyons donc qu'une fois un lavage antiseptique fait d'une façon bien complète, il vaut mieux introduire des drains dans la plèvre et appliquer un pansement antiseptique bien occlusif qui ne sera enlevé, renouvelé et suivi d'un nouveau lavage que dans les cas où les poussées fébriles fourniraient une indication à cette nouvelle intervention.

En résumé : pansements et lavages échelonnés suivant les indications fournies par la température ; telle serait la conduite que nous tiendrions à l'avenir s'il nous était donné de pratiquer la pleurotomie dans les cas de pleurésie purulente latente, et ce serait, croyons-nous, le seul moyen de soustraire le malade à une opération d'Estlander dont le résultat final est plus que discutable.

CONCLUSIONS

Il existe en dehors de la pleurésie purulente aiguë, à symptômes généraux graves, une variété d'empyème chronique, caractérisée uniquement aux points de vue physique et fonctionnel par la présence d'un épanchement pleural.

Cette variété d'empyème chronique, que nous désignons sous le nom de *pleurésie purulente latente*, est décrite par les auteurs sous les noms d'empyème graisseux, d'empyème bénin, d'épanchement chyloforme.....

Elle a dans la grande majorité des cas, une origine tuberculeuse et peut être comparée aux abcès froids vulgaires.

C'est une affection grave. Elle ne met pas en danger immédiat les jours du malade, mais elle l'expose à une série de complications cardio-pulmonaires. Elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée et résiste à la plupart des traitements.

Dans le cas où l'état général est bon, et où il n'existe pas de dyspnée, nous sommes d'avis de garder l'expectation.

S'il y a dyspnée, et déplacement d'organes, il faudra pratiquer la thoracentèse qui pourra être répétée et suivie de lavages antiseptiques de la cavité pleurale suivant les indications spéciales qui pourront se présenter.

La pleurétomie ne doit être pratiquée que dans les cas où l'état général étant devenu mauvais, le malade maigrit, perd ses forces, est miné par la fièvre hectique. La pleurotomie sera suivie de lavages antiseptiques peu fréquents et en rapport avec l'élévation de la température. Chez des sujets jeunes elle pourra être suivie d'une résection costale avec raclage de la plèvre.

En résumé, le traitement purement palliatif devra être employé chez la plupart des malades. Il ne faudra recourir à la thoracentèse et surtout à la pleurotomie que dans les cas de complication.

Vu :

Le Président de la thèse,

P. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 2 mars 1889.

Le Recteur,

M. MOURIN.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
HISTORIQUE	9
OBSERVATIONS	13
CHAPITRE PREMIER. — Etude clinique	89
CHAPITRE II. — Étiologie	111
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique et pathogénie	124
CHAPITRE IV. — Traitement	142
CONCLUSIONS.	159
